

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR. REDES SAN ROMÁN – JULIACA AÑO 2017

TESIS

PRESENTADO POR: BACH. IRMA MAMANI MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ASESOR: Mg. PILAR FAJARDO CANAVAL

Lima, Perú

2017

DEDICATORIA

A Dios, por regalarme la vida y un talento especial.

A mis padres, por ser mis ángeles y mi motivación.

A mis hermanos en quienes encuentro refugio y fortaleza.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de la Facultad de Enfermería, que supieron encaminarme por las sendas del conocimiento.

Irma

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	6
ABSTRAC.....	7
INTRODUCCIÓN	8

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	13
1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.2.1. Problema general	20
1.2.2. Problemas específicos	20
1.3. OBJETIVOS.....	21
1.3.1. Objetivo general	21
1.3.2. Objetivos específicos	21
1.4. FINALIDAD E IMPORTANCIA	22

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. BASES TEÓRICAS.....	23
2.1.1. La tuberculosis.....	23
2.1.2. Abandono al tratamiento.....	35
2.1.3. Teoría de enfermería	62
2.2. ESTUDIOS PREVIOS.....	66
2.3. MARCO CONCEPTUAL	73

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS	79
3.1.1. Hipótesis general	79
3.1.2. Hipótesis específicas	79
3.2. VARIABLES	80
3.2.1. Clasificación de las variables	80
3.2.2. Definición Conceptual de las variables	80
3.2.3. Definición Operacional de las variables	81

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	82
4.2. DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO Y DISEÑO	82
4.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	84
4.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS	85

CAPÍTULO V

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	87
5.2. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS	88

CAPÍTULO VI

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	90
6.2. DISCUSIÓN	133
6.3. CONCLUSIONES	144
6.4. RECOMENDACIONES	145
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
ANEXOS	153
MATRIZ	154
INSTRUMENTO	155
VALIDACION ALFA	159

RESUMEN

El presente estudio titulado factores de riesgo relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. Redes” San Román – Juliaca año 2017, tuvo como objetivo determinar en qué medida el factor de riesgo se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román - Juliaca, año 2017. Se enfocó desde un plano cuantitativo, como método se utilizó el nivel descriptivo de corte transversal. Con un diseño correlacional, la población estuvo conformado por 74 pacientes, con una muestra de 74 pacientes con tuberculosis pulmonar de las Redes” San Román –Juliaca. A través de los resultados obtenidos se obtuvo en la tabla y figura 1 que, el 25.68% de los encuestados presentan un nivel alto de factor de riesgo, un 50,00% nivel medio y un 24,32% nivel bajo. Y en la tabla y figura 5 que, el 35,14% de los encuestados presentan un nivel alto de abandono del tratamiento, un 45,95% nivel medio y un 18,92% nivel bajo. Y con respecto a la comprobación de hipótesis en la tabla 8 la variable factor de riesgo está relacionado significativamente con la variable abandono del tratamiento, según la correlación de Spearman de 0.569 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.

PALABRAS CLAVE: Factores sociodemográficos, tuberculosis pulmonar, riesgo de abandono.

ABSTRACT

The present study entitled risk factors related to abandonment of treatment in patients with pulmonary tuberculosis. Networks "San Román -Juliaca Year 2017 had have as an objective to determinate what is the measurement of risk factor that is related to the abandonment of treatment in patients with pulmonary tuberculosis of the San Román - Juliaca Networks, 2017. In addition, it was focused from a quantitative level, as a method it was used the descriptive level of cross section. Also with a correlational design, the population consisted of 74 patients, with a sample of 74 patients with pulmonary tuberculosis of the "San Román -Juliaca. Besides ,through the results get it was obtained in table 1 and figure 1 that 25.68% of the respondents presented a high level of risk factor, 50.00% a medium level and 24.32% a low level. And in Table 5 and Figure 5 that 35.14% of the respondents presented a high level of abandonment of treatment, 45.95% a medium level and 18.92% a low level. For that reason, respect to the hypothesis testing in Table 8, the risk factor variable is significantly related to the abandonment of treatment variable, according to the Spearman correlation of 0.569, this result being moderate with a statistical significance of $p = 0.001$ being less than 0.05. Therefore, the main hypothesis is accepted and the null hypothesis is rejected.

KEY WORDS: Socio-demographics factors, pulmonary tuberculosis, risk of abandonment.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo.

En 2015, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,8 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. Organización mundial de salud (OMS 2017)

Por otro lado en publicaciones realizadas por la OMS puntualizan que seis países acaparan el 60% de la mortalidad total; encabeza esta triste lista la India, seguida de Indonesia, China, Nigeria, el Pakistán y Sudáfrica. (OMS, 2017)

Se estima que en 2015 enfermaron de tuberculosis un millón de niños y que 170 000 niños murieron debido a esta causa (sin incluir los niños con VIH).

La tuberculosis es una de las causas principales de defunción en las personas VIH-positivas: en 2015, el 35% de las muertes asociadas al VIH se debieron a la tuberculosis.

En 2015 desarrollaron tuberculosis multirresistente (TB-MDR) unas 480 000 personas a nivel mundial.

La incidencia de la tuberculosis ha disminuido por término medio un 1,5% anual desde 2000. Para alcanzar los objetivos establecidos en la estrategia Alto a la Tuberculosis para 2020, es preciso incrementar ese porcentaje a un 4%-5% anual.

Se estima que entre 2000 y 2015 se salvaron 49 millones de vidas gracias a la dispensación de servicios de diagnóstico y tratamiento contra la tuberculosis.

Acabar para 2030 con la epidemia de tuberculosis es una de las metas relacionadas con la salud incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en fecha reciente.

El análisis realizado en 2015 por la OMS refiere que la tuberculosis afecta principalmente a los adultos en los años más productivos de su vida, lo que no significa que los demás grupos de edad estén exentos de riesgo. Más del 95% de los casos y de las muertes se concentran en los países en desarrollo.

Por otro lado, las personas infectadas por el VIH tienen entre 20 y 30 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis activa (véase el apartado «Tuberculosis y VIH»). Ese riesgo también es más elevado en las personas que padecen otros trastornos que dañan el sistema inmunitario. (OMS, 2017)

En 2015 enfermaron de tuberculosis aproximadamente un millón de niños (de 0 a 14 años), y 170 000 niños (sin incluir los niños con VIH) murieron por esta causa.

El consumo de tabaco aumenta considerablemente el riesgo de enfermar de tuberculosis y de morir por esta misma causa. Se calcula que a nivel mundial más del 20% de los casos de tuberculosis son atribuibles al tabaquismo.

La tuberculosis está presente en el mundo entero.

En 2015 alrededor del 87% de nuevos casos de tuberculosis se registraron en los 30 países considerados de alta carga de morbilidad por esta enfermedad. Seis de ellos acaparan el 60% de los nuevos casos de tuberculosis: la India, Indonesia, China, Nigeria, el Pakistán y Sudáfrica. El logro de avances a nivel mundial está supeditado a la mejora de los servicios de prevención y tratamiento de la tuberculosis en los citados países.

Considera además que la notificación de un contacto con la tuberculosis modifica el perfil para incluir el número de habitantes del hogar y el bajo nivel educativo de la madre. Las familias que tienen dentro de su núcleo familiar un integrante con tuberculosis pulmonar tienen mayor tenían muchas más probabilidades de que se obtenga un resultado positivo en la prueba de baciloscopia.

En ese mismo contexto la OMS señala que, las relaciones fraternales, el número de habitantes del hogar y el nivel de educación materno son factores asociados al riesgo de sufrir una infección de tuberculosis en niños de Groenlandia. La gran concentración en el hogar de la IMT sugiere que las fuentes familiares de exposición son importantes. (OMS, 2011)

Por último, es conveniente anotar que algunas personas presentan enfermedad de tuberculosis poco después de contraer la infección (en las semanas siguientes), antes de que su sistema inmunitario pueda combatir a las bacterias de la tuberculosis, sin embargo, otras personas se pueden enfermar años después, cuando su sistema inmunitario se debilita por otra razón.

En general, aproximadamente del 5 al 10 % de las personas infectadas que no reciben tratamiento para la infección de tuberculosis latente presentará la enfermedad en algún momento de su vida. En las personas cuyo sistema inmunitario es débil, especialmente las que tienen la infección por el VIH, el riesgo de presentar enfermedad de tuberculosis es mucho más alto que para las personas con el sistema inmunitario normal.

Generalmente, las personas con alto riesgo de tener la enfermedad de tuberculosis, son personas que han sido infectadas recientemente por las bacterias de la tuberculosis o personas con afecciones que debilitan el sistema inmunitario.

Entre las personas que han sido infectadas recientemente por las bacterias de la tuberculosis se incluyen:

Contactos cercanos de una persona con enfermedad de tuberculosis infecciosa, las personas inmigrantes desde regiones del mundo con altas tasas de tuberculosis, los niños menores de 5 años de edad que tienen un resultado positivo en la prueba de la tuberculosis; mientras que entre los grupos con altas tasas de transmisión de tuberculosis, tales como personas que viven en la calle, usuarios de drogas inyectables y personas con infección por el VIH.

Quienes trabajan o residen con personas que tienen alto riesgo de contraer tuberculosis en establecimientos o instituciones como hospitales, albergues para desamparados, centros correccionales, asilos de ancianos y residencias para personas con el VIH (CDC, 2016)

Este estudio tuvo como objetivo Determinar en qué medida los factores de riesgo se encuentran relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román, del distrito de Juliaca, año 2017

La investigación de tendencia cuantitativa, utilizó un Diseño con enfoque descriptivo correlacional.

El Análisis inferencial, fue realizado mediante La contrastación de hipótesis utilizando para tal fin la correlación lineal de sperman, prueba estadística adecuada para establecer relaciones entre las variables; aceptándose la hipótesis de la investigación cuando el valor de significación bilateral (p) es menor de 0,05.

Esta investigación está estructurada en seis capítulos:

En el capítulo I, referido a descripción de la realidad problemática, definición del problema, problema general, problema específico, objetivos de la investigación y finalidad e importancia de esta.

En el capítulo II, fundamentos teóricos, bases teóricas, estudios previos, marco conceptual,

En el capítulo III, hipótesis, hipótesis general, hipótesis específico, variables, clasificación de variables, definición conceptual de las variables, definición operacional de las variables.

En el capítulo IV, metodología, tipo y nivel de investigación, descripción del método y muestra, población, muestra y muestreo, consideraciones éticas.

En el capítulo V, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas e instrumentos, plan de recolección, procesamiento y presentación de datos.

En el capítulo VI, resultados, conclusiones y recomendaciones, presentación, análisis e interpretación de datos, discusión, conclusiones recomendaciones.

Se insertan las referencias bibliográficas y se adjuntan los anexos pertinentes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la Red de Salud de San Román, ubicada en el distrito de Juliaca, la tuberculosis constituye un serio problema de salud, por estar ligado a los problemas sociales del país, como la pobreza, la migración constante del interior a la localidad, además de los factores que conducen al desarrollo de esta enfermedad, siendo unos de los distritos afectados el de la ciudad de Juliaca, en relación con otros distritos urbano-marginales. Considerando que, a pesar de la estructura y solidez de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis desarrollada a lo largo de los años, las tasas de abandono del tratamiento en la localidad de Juliaca siguen siendo altas y últimamente han presentado un recrudecimiento.

La tuberculosis es una de las enfermedades que continua siendo un serio problema de salud pública, no solamente en nuestro país, sino también a nivel mundial. Es la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en adultos y ocasiona 1,39 millones de

muerres cada año en el mundo, presentándose con una frecuencia anual aproximada de 9.27 millones de casos nuevos (OMS, 2009).

Se sabe que la tuberculosis es una enfermedad social totalmente curable, que es causa y consecuencia directa de la pobreza y que afecta a la población de cualquier edad siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos entre los 19 y 45 años (MINSA, 2006).

Su fuerte asociación con la pobreza hace que tenga mayor prevalencia e incidencia en zonas donde las personas tienen menores recursos. En las Américas cada año se registran 220 000 nuevos casos de tuberculosis y mueren más de 50. 000 personas a consecuencia de esta enfermedad. El 95% de los casos y el 98% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países en vías de desarrollo. Existen varios factores, que crean condiciones propicias para el agravamiento del problema de la tuberculosis, donde se asocian el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el incremento de la pobreza, crecimiento de las zonas marginales y migraciones en busca de mejor calidad de vida; a esto se suma el debilitamiento de los programas de control, la falta de información hacia la población, la resistencia a las drogas antituberculosas (OPS, 1998).

En el Perú la situación de la epidemia de la tuberculosis se ha incrementado, a pesar de los progresos en las intervenciones de prevención y control. En el año 1992 se notificó más de 55 mil casos,

mientras que el 2007, se ha logrado reducir esta cifra en 32,7% y la meta para el 2011 fue disminuir el número de casos en un 50%. No obstante, la TBMDR, TBXDR, la comorbilidad de TB/VIH-sida, la discriminación y lo complicado de las intervenciones técnicas, socioeconómicas y culturales, significan un reto para el mejoramiento (Bonilla, 2008). En Lima y Callao, se encuentran el mayor número de afectados por esta enfermedad, y por tanto representan el mayor número de casos (MINSA, 2005).

Considerando estos aspectos, se observa que aún existe un número significativo de pacientes que abandonan el tratamiento antituberculoso, significando un fuerte obstáculo en el país, pues 3.8% de los casos nuevos que ingresan a la estrategia de tuberculosis abandonan el tratamiento por diversos factores; situación de gran impacto en el desarrollo de la multidrogo resistencia a la enfermedad y la posibilidad de diseminar la enfermedad entre las personas susceptibles. Cabe resaltar que países como Brasil y Argentina presentan una tasa mayor de abandono de 20% y 14% respectivamente (MINSA, 2005). El abandono del tratamiento es considerado uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis en cualquier país, debido a que disminuye la eficacia de los programas nacionales; además, que no solo incrementa el riesgo de reaparición de la tuberculosis y su mortalidad, sino que también aumenta la circulación en la población de bacilos de tuberculosis resistentes a los tratamientos con los fármacos existentes, situación

que tiene graves implicancias para la salud pública en términos de control de la enfermedad (Tom, 2008). Hecho que amerita ser investigado para conocer donde se encuentra el problema y que factores podrían estar asociados.

En la provincia de San Román, en el año 2011, se reportaron la mayor tasa de incidencia con 175,21 x 100,000 habitantes y al interior de su territorio, el distrito de Juliaca es el segundo con alta tasa de incidencia (98 x 10,000 habitantes) y en el mapa epidemiológico se ubica en el estrato de alto riesgo, no solo por las incidencia de casos de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo, sino porque es uno de los distritos que más casos de Tuberculosis Multidrogo Resistente y Extremadamente Resistente reporta en la ciudad de Juliaca (Dirección Regional de Salud de Puno, 2011).

Uno de los problemas álgidos en relación a la Tuberculosis, es que es una enfermedad 100% curable y prevenible, sin embargo, se ha convertido en la infección trasmisible más importante en los seres humanos. Múltiples factores explican esta situación, sobre todo factores sociodemográfico que favorecen las migraciones, la presencia de determinantes sociales y estilos de vida inadecuados, la escasa atención prestada al control de la Tuberculosis desestimando los canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con Tuberculosis y la peligrosa comorbilidad con la epidemia del VIH, pero lo más grave aún es el hecho que cuando lo reciben, la

prescripción inadecuada, favorece un aumento de la Tuberculosis Pulmonar y la Tuberculosis Multidrogo Resistente (MINSA, 2010).

La Redes San Román, segunda con alta tasa de incidencia de Tuberculosis Pulmonar y en el mapa epidemiológico se ubica en el estrato de alto riesgo, requiere de una Atención de Enfermería holística, no solo clínica y farmacológica, esto es no solo una mirada biológica sino más bien un enfoque integral; y el análisis de la falta de conocimiento de tuberculosis y la actitud hacia el tratamiento son puntos importantes en esta compleja situación. Queda demostrado, que si bien es cierto el escenario que rodea a los pacientes con tuberculosis es de desventaja social es importante conocer las características de esta situación para que las intervenciones sean acertadas y pertinentes. Más aún, el profesional de enfermería debe asumir un rol protagónico en la prevención y control de esta enfermedad, pero planteando intervenciones realmente integrales: políticas, económicas y sanitarias (OPS, 2010).

La OMS (2002) define abandono al incumplimiento por parte del paciente al régimen fármaco terapéutico durante un periodo mayor de dos meses. Otras definiciones hacen referencia a la inasistencia continua del usuario a la unidad de salud por un periodo indefinido, independientemente del tiempo que dure el tratamiento (Diario de Neumología, 2000).

En el Perú, la Norma Técnica de Salud para el Control de Tuberculosis establece que el abandono ocurre cuando el paciente no concurre a recibir tratamiento por más de treinta días consecutivos. Se resalta que esta situación además de obstaculizar la curación guarda una relación directa con un nuevo deterioro; no obstante ser una causa reversible, constituyendo el factor determinante del fracaso terapéutico y también un antecedente común en pacientes que mueren con tuberculosis (MINSA, 2010).

Entendiendo que el tratamiento de la tuberculosis requiere de un régimen terapéutico prolongado (mínimo 6 meses), es necesario observar e identificar qué factores pueden influir en la decisión de continuar el tratamiento o abandonarlo; entre esos factores se destacan aquellos relacionados con el paciente, los derivados con los servicios de salud y del propio personal. Es apropiado reconocer que la pobreza, la falta de servicios básicos de salud, la malnutrición y las condiciones inadecuadas de vida contribuyen a la propagación de la tuberculosis, principalmente evidenciado en los países pobres y en desarrollo (Culqui, Grijalva, Reátegui, Cajo, y Suárez, 2005).

Otros factores de abandono involucrados constituyen el bajo nivel educativo, la incertidumbre de lograr la cura de la enfermedad y la falta de apoyo familiar. También puede crear incomodidad entre los pacientes la imposibilidad de faltar al trabajo para acudir a la consulta terapéutica, el horario impuesto por el centro de salud y la necesidad

de costear el transporte. A todo esto, se adiciona el estigma social de la enfermedad, las reacciones adversas o intolerancia al medicamento y la adicción al alcohol y las drogas (Culqui et al., 2005).

Frente a esta realidad, muchos de los pacientes llegan a tener resistencia al tratamiento antituberculoso primario y dado que los factores condicionantes continúan invariables, surge más recientemente el tratamiento de TB MDR (Tuberculosis Multidrogo Resistente). Todo este panorama muestra el escenario que podríamos estar enfrentando a mediano y largo plazo, con cepas muy resistentes a los medicamentos primarios disponibles (Tocona, 2009). Ante lo cual es fundamental, inicialmente evaluar la calidad de atención que recibieron los pacientes por el centro de salud para que en lo sucesivo se orienten a mejorar el trabajo en la estrategia para disminuir el porcentaje de abandono. Conocerlo ayudará a re-direccionar el modo de ejecutar el cuidado, contribuyendo a aumentar la cobertura, ser oportuno en el tratamiento y alcanzar la eficacia en los pacientes con tuberculosis. Siendo importante realizar un seguimiento permanente de las acciones de prevención y control de la enfermedad. El MINSA refiere que la calidad de atención debe ser permanente en todo el proceso de atención al paciente con tuberculosis, siendo a la vez esencial, para garantizar la continuidad del tratamiento y su éxito (MINSA, 2010).

La alta tasa de abandonos de tratamiento que tiene nuestro localidad (alrededor de un 21%) sigue existiendo debido a la falta de

educación de nuestro pueblo. Cuando el enfermo de tuberculosis comprende que si no abandona el largo tratamiento que tiene esta enfermedad se cura totalmente, estos porcentajes de abandonos caen drásticamente. Evitar subestimar a la gente más educación para la salud, es la ecuación necesaria para que todos nos beneficiemos (DIRESA, 2011).

Por lo anteriormente expuesto, se requiere investigar sobre las características de los posibles factores que pueden estar influyendo en el abandono del tratamiento en aquellos pacientes que acuden al programa de tuberculosis de la Redes San Román, de la ciudad de Juliaca.

1.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿En qué medida el factor de riesgo se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román, del distrito de Juliaca, 2017?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿En qué medida el factor de riesgo socio demográfico se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román, del distrito de Juliaca, año 2017?

2. ¿En qué medida el factor de riesgo psicosocial se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román - Juliaca, año 2017?
3. ¿En qué medida el factor de riesgo institucional se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román - Juliaca, año 2017?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar en qué medida el factor de riesgo se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román - Juliaca, año 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar en qué medida el factor de riesgo sociodemográfico se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de las Redes San Román - Juliaca, año 2017.
2. Establecer en qué medida el factor de riesgo psicosocial se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román - Juliaca, año 2017.

3. Precisar en qué medida el factor de riesgo institucional se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román - Juliaca, año 2017.

1.4. FINALIDAD E IMPORTANCIA

El abandono de tratamiento se constituye una desventaja de los Programas de Control de la Tuberculosis en todos los Establecimientos de Salud, por ello se requiere establecer los factores que se encuentra íntimamente relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, de la Redes San Román, puesto que esta problemática se está constituyendo en una amenaza a la Salud Pública, por el riesgo de incrementar la resistencia bacteriana, puesto que la incidencia de esta enfermedad es cada día mas alarmante.

Buscamos con ello establecer estrategias que permitan fortalecer condiciones considerando cada realidad de los pacientes de cada localidad.

En el año 1997 la OMS recomendó que para que la estrategia de tratamiento tenga éxito deben aplicarse todas las medidas incluidas en ese conjunto. Resaltando lo esencial que es la participación y cumplimiento del paciente, es decir se requiere que él mismo tenga una función central en las actividades de tratamiento y control de la TB.

La estrategia DOTS, se preocupa de la dotación de todas las herramientas al paciente tuberculoso para su curación.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 BASES TEÓRICAS

2.1.1 Factor de Riesgo.

La OMS, define los factores de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Señala además que entre los factores de riesgo más importantes se encuentra en grupos de riesgo, hacinamiento, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (OMS 2011)

Por otro lado, si tratamos de identificar los factores de riesgo del abandono al tratamiento de la Tuberculosis; es necesario primeramente establecer que la tuberculosis pulmonar contribuye con el 75% de todas las formas de tuberculosis siendo responsable de la forma fundamental de transmisión y por tanto del mantenimiento de la enfermedad especialmente de las formas bacilíferas. Entre los

principales factores de Riesgo relacionados al abandono del tratamiento antituberculoso tenemos:

A) Factor sociodemográfico

Constituye el conjunto de características biológicas, socioculturales que están presentes en la población sujeto a estudio tomando aquellos que puedan ser medidos. Son consideradas como las principales variables clasificatorias para el estudio de comportamientos diferenciales en diversos temas de investigación social.

Edad. Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo. No existe unificación a la edad de mayor riesgo de abandono. Un estudio mostró que la incidencia de abandono de tratamiento era quienes tenían edad entre 21-30 años (Cáceres y Orosco, 2007). Salazar et al. (2004) mostraron que el promedio de edad de las personas que abandonan el tratamiento oscila entre 28 y 45 años. Mientras Meza y Altuzar (1999) mostraron que la edad de los pacientes más afectados fluctuaba entre 20 y 40 años, se observa que afectó a toda una población económicamente activa (46% y 36% para abandono y no abandono respectivamente).

Sexo. Es la clasificación del sexo de una persona en función de ser mujer o varón. Aunque existen propuestas de hacer explícito la intersexualidad. La literatura apoya a la premisa que los hombres tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres. Culqui et al. (2005) mostraron que los pacientes que abandonaron el tratamiento

fueron del sexo masculino. Otro estudio mostró que de los casos, el 68,4% fueron hombres y el 31,6% fueron mujeres, no se presentaron diferencias importantes en cuanto al sexo en los controles ($X= 2.53$, $p= 0,111$) (Salazar et al., 2004). Otro estudio mostró que en el grupo de abandono predominó el sexo masculino con una diferencia porcentual mínima (Meza y Altuzar, 1999). Sosa, Pereira y Barreto (2005) observaron que los varones predominaron tanto en el grupo de casos como en el de los testigos, una asociación que fue positiva por una OR de 2,51 (IC95%: 1,63-3,94) y estadísticamente significativa, con el abandono del tratamiento.

Nivel educativo. Se refiere al periodo, medido en años escolares, que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal. A menor nivel educativo mayor será la probabilidad de abandono. Es decir mientras más bajo sea el nivel educativo más difícil se hace la comunicación tanto con la familia, como con el personal de salud. Salazar et al. (2004) observaron en cuanto al nivel educativo que solo el 31% (6/13) de los casos y el 40% (23/57) de los controles tenían estudios secundarios, y solo el 8,8% (5/57) de los controles estudiaron en la universidad. Otro estudio mostró que la escolaridad menor que la instrucción secundaria completa se relacionó con una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento ($p= 0,001$) (Culqui et al., 2005). Asimismo, Meza y Altuzar (1999) observaron que en la escolaridad predominó la primaria incompleta (58,3% vs 48,8%) para abandono y no abandono, considerando 20% de los pacientes que no

tenían escolaridad. Finalmente, un estudio observó que el bajo nivel educativo predominó en los pacientes que desertaron el tratamiento (Sosa et al., 2005).

Estado civil. Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. En un estudio observaron que entre los que abandonaron y se curaron no hubo diferencias en cuanto al estado civil; un poco más de la mitad de todos los pacientes refirieron no tener parejas estables (Sosa, 2005). En otro estudio realizado observaron con respecto al estado civil, la convivencia en pareja fue de 62,2% los que abandonaron el tratamiento y de 51,2% los que no lo hicieron (Meza y Altuzar, 1999). Por su lado, Salazar et al. (2004) al evaluar el estado civil demostraron que no había diferencia entre tener pareja y no tenerla.

Vivienda. Es una necesidad específica de la pobreza. Se evidencia que en diferentes estudios realizados, la falta de vivienda, va aumentar el riesgo de abandonar el tratamiento. En un estudio demostraron que el 51,4% de los pacientes que abandonaron el tratamiento vivían en casa prestada o rentada, con una diferencia mínima porcentual del que no lo hizo (Meza y Altuzar, 1999). Sosa et al. (2005) observaron que quienes vivían en la calle o no tenían domicilio estable presentaron un riesgo tres veces mayor de desistir de la farmacoterapia (OR: 3,08; IC95%: 1,57-6,49), una asociación que resultó estadísticamente significativa.

Migración. Movimiento de la población que consiste en dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región, generalmente por causas económicas o sociales. Así como las tasas de morbilidad y mortalidad son altas entre las personas desplazadas e inmigrantes, también existen dificultades para el cumplimiento del tratamiento en una población con altos índices de migración.

B) Factor psicosocial.

Cumplimiento al tratamiento-

El cumplimiento al tratamiento, tiene como objetivo prioritario de curar los casos infecciosos sin provocar fármacorresistencia; por tanto el paciente debe observar el tratamiento no sólo para lograr su propia curación, sino también para que se pueda satisfacer ese requisito.

Para que el tratamiento tenga éxito se debe lograr que el paciente lo cumpla, muchos pacientes interrumpen el tratamiento por diversos motivos, creando un problema a cuya solución deben contribuir los propios pacientes, el personal de salud y los responsables de los programas nacionales. Promover el cumplimiento mediante un tratamiento bajo observación directa es mucho más importante que gastar recursos en recuperar a quienes abandonan el tratamiento. En un sistema de autoadministración de los medicamentos, la recuperación de los inasistente al tratamiento es una medida difícil y a menudo infructuosa, sobre todo en países de bajos ingresos. (MINSA 2010)

Uno de los aspectos a considerar para el cumplimiento al tratamiento bajo es la observación directa, para lo cual se recomienda invariablemente en los casos siguientes: • la fase inicial, de dos meses de duración, de todos los casos nuevos con baciloscopia positiva; • la fase de continuación, de cuatro meses de duración, de los regímenes que contengan Rifampicina, isoniacida lunes, miércoles y viernes.

Apoyo familiar. El tratamiento de una enfermedad no es un proceso sencillo dado que, para superarlo, es necesario brindar una atención multidisciplinaria que vaya más allá de la relación entre el paciente y la institución de salud que lo atiende, permitiendo así mejorar la calidad de vida de los enfermos. La presencia constante de familiares es, por tanto, de especial importancia en la sanación. (Gómez, 2009), afirma que “en la recuperación de los pacientes, además del tratamiento farmacológico, otro aspecto fundamental lo constituye el apoyo familiar, puesto que de dicho apoyo dependerá la integración de las personas”; esto último, se refiere a la calidad de vida, factor que va mucho más allá de disminuir las afecciones propias de alguna enfermedad, ya que juega un papel crucial en la evolución del tratamiento médico debido a la influencia anímica que tiene en el paciente.

Por lo mencionado líneas arriba se considera que la falta de apoyo familiar al paciente con tratamiento contra la tuberculosis,

constituye uno de los riesgos para el abandono de la misma. Un estudio de caso y control mostró que cuando los pacientes recibían aceptación por parte de la familia al enterarse de la enfermedad, la proporción de abandono fue menor (72,2% vs 85,5) (Salazar et al., 2004). Otro estudio observó que los pacientes afectados con tuberculosis que recibían apoyo familiar, fue considerado como un factor protector en el abandono de tratamiento (Cáceres y Orosco, 2007).

Comportamiento de riesgo

Son considerados como conexiones que se dan entre la persona y la sociedad, ya que es evidente que ejerce una clara influencia sobre hombres y mujeres. Factores que afectan al entorno del hombre, influyen también decisivamente en su salud.

Al respecto primeramente tenemos el consumo de alcohol, fenómeno que genera muchas deficiencias físicas y psicológicas dentro de un ser humano, así mismo el consumo de tabaco, acto consistente en el haber fumado por lo menos alguna vez un cigarrillo o una fracción de él. Un estudio mostró que existía proporciones semejantes en el consumo frecuente de tabaco en ambos grupos estudiados, el consumo frecuente de alcohol mostró una relación significativa con una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento ($p=0,042$ y $p=0,06$) respectivamente (Culqui et al., 2005). Meza y Altuzar (1999) demostraron que el alcoholismo estuvo presente en

45,9% del grupo con abandono, a diferencia de 4,9% del grupo de no abandono, con una significancia estadística de ($p < 0,00$). El tabaquismo se presentó en 19% vs 7,3% para abandono y no abandono (Meza y Altuzar, 1999). Otro estudio observó que el número de individuos que fumaban y consumían bebidas alcohólicas fue proporcionalmente mayor entre los casos que entre los controles (Sosa et al., 2005). Salazar et al. (2004) observaron que la probabilidad de abandonar el tratamiento en las personas que consumieron alcohol durante el tratamiento, es 7 veces mayor en relación a los que no lo hicieron ($p = 0,001$ IC =1,92-31,92), asimismo tener otra adicción aumenta en 4 veces el riesgo de abandonar el tratamiento ($p = 0,014$ IC.1, 19-1,17).

Así mismo el consumo de sustancias psicoactivas (drogas). Problema social complejo y multifactorial tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones todo consumo de drogas implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero supone una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia química. El consumo de drogas ilícitas es uno de los factores que inducen directamente a los pacientes a abandonar el tratamiento. Un estudio mostró que el número de los pacientes que fumaba, consumían bebidas alcohólicas o usaban drogas ilícitas, el riesgo de abandonar el tratamiento fue casi cinco veces mayor cuando el paciente utilizaba alguna de esas sustancias (Sosa et al., 2005). Otro estudio mostró que las drogas

tienen una relación significativa con una probabilidad de abandonar el tratamiento ($p = 0,047$) (Culqui et al., 2005).

C) Factores de Riesgo Institucionales.

El personal de salud y los trabajadores comunitarios deben conducirse en todo momento con amabilidad y consideración hacia las necesidades del paciente.

El tratamiento bajo observación directa es un elemento que forma parte del conjunto preconizado por la OMS para el control de la TB. Consiste en que un supervisor observe al paciente mientras éste ingiere los comprimidos. Se comprueba así que el enfermo toma los medicamentos que debe, en el momento indicado y a las dosis prescritas. En muchos países el tratamiento bajo observación directa se utiliza en servicios hospitalarios o sanatoriales, pero también es posible aplicarlo a pacientes ambulatorios. El supervisor puede ser un trabajador sanitario o un miembro de la comunidad adecuadamente capacitado y supervisado. El PCT se ocupa de capacitar y supervisar a estos miembros de la comunidad, para quienes se puede idear algún tipo de incentivo. Se debe establecer una clara jerarquía de responsabilidad que vaya del personal del PCT al personal sanitario general y a los supervisores del tratamiento bajo observación directa. Es importante garantizar la confidencialidad y asegurarse de que el tratamiento bajo observación directa resulte aceptable para el paciente.

El tratamiento bajo observación directa es un elemento que forma parte del conjunto preconizado por la OMS para el control de la TB. Consiste en que un supervisor observe al paciente mientras éste ingiere los comprimidos. Se comprueba así que el enfermo toma los medicamentos que debe, en el momento indicado y a las dosis prescritas. En muchos países el tratamiento bajo observación directa se utiliza en servicios hospitalarios o sanatoriales, pero también es posible aplicarlo a pacientes ambulatorios. El supervisor puede ser un trabajador sanitario o un miembro de la comunidad adecuadamente capacitado y supervisado. El PCT se ocupa de capacitar y supervisar a estos miembros de la comunidad, para quienes se puede idear algún tipo de incentivo. Se debe establecer una clara jerarquía de responsabilidad que vaya del personal del PCT al personal sanitario general y a los supervisores del tratamiento bajo observación directa. Es importante garantizar la confidencialidad y asegurarse de que el tratamiento bajo observación directa resulte aceptable para el paciente. Por qué se recurre al tratamiento bajo observación directa? Muchos pacientes que se auto administran los medicamentos no cumplen bien con el tratamiento. No es posible predecir quién lo observará y quién no, por lo que, al 6.1 6.2 6.3 6.3.1 6 6.3.2 menos en la fase inicial, se debe recurrir al tratamiento bajo observación directa para garantizar el cumplimiento. Si el paciente deja de venir una vez al tratamiento bajo observación directa, se le debe buscar para que prosiga la terapia. Hay una alternativa al tratamiento bajo observación

directa? El tratamiento bajo observación directa es el único método fiable que permite garantizar el cumplimiento y alcanzar los objetivos globales de la OMS. En algunos ambientes y países se han ensayado otras maneras de supervisar los tratamientos. Pero hasta ahora ningún método de supervisión de tratamientos auto administrados ha permitido obtener en los países en desarrollo, a escala nacional y en las condiciones de programa, resultados comparables a los del tratamiento bajo observación directa. Cuando recurrir al tratamiento bajo observación directa.

Acceso a los establecimientos de salud.

La falta de integración es la dificultad de acceso del establecimiento de salud para el paciente afectados a la atención integral y es difícil para la accesibilidad delos pacientes, se sabe que uno de los principales dificultades para la atención de los pacientes con coinfección por TB es que esta se realiza para la tuberculosis en la mayor parte de los casos, los pacientes que reciben tratamiento para tuberculosis en un establecimiento de salud del primer nivel de atención general del segundo y tercer nivel de atención. Se desconoce en detalles los elementos que impiden que los equipos de las estrategias sanitarias de tuberculosis coordina acciones destinadas al mejor cuidado de los pacientes con infección de tuberculosis el objetivo fue identificar las barreras pragmáticas para la atención integral de los pacientes y se recogió información de los servicios que brindan atención al paciente con tuberculosis y el VIH

sida, es el encargado de la prevención y control de estos problemas de salud. Así las normas nacionales de tuberculosis delinean las intervenciones que deberían ser realizadas para esta enfermedad sin embargo los reportes bajas coberturas para la accesibilidad de paciente y una de las dificultades para la atención identificando las barreras dificultosas en el área de establecimiento.

La atención integral de la infección implica que los servicios destinados al manejo de la patología mantengan una comunicación fluida de manera que se conozca el estado de cada paciente. Los principales resultados de esta falta de coordinación son la falta de vinculación a los servicios, como el caso de tamizados reactivos para pacientes nuevos infectados de tuberculosis a los servicios que no acuden y se da las pérdidas de seguimiento de los pacientes, y en caso de los pacientes con VIH sida que fueron diagnosticados de TB y que no acuden al tratamiento o llegan retrasados por falta de movilidad o lejanía del establecimientos de salud esto se debe a los modelos de atención de la TB los pacientes deben ser atendidos en establecimientos de salud del primer nivel cercanos a su domicilio en los cuales recibirían tratamiento con tranquilidad sin ningún problema los medicamentos deben entregarse de forma puntual según las necesidades del paciente y su control esta fragmentación ocasiona desconocimiento del estado del paciente por parte de los profesionales y la falta de control y riesgo del abandono del tratamiento y problemas del paciente.

Horario de atención. - El horario de atención en los centros de salud es muy estricto el horario de atención por esta razón los pacientes abandonan y también el manejo de los medicamentos y para una buena administración correcta de DOST administración supervisada en boca y directa hacia el paciente.

2.1.2 Abandono al tratamiento.

El abandono del tratamiento antituberculoso se asocia a mayor contagio, resistencia antibiótica, aumento de costes y muerte. La Norma Técnica definió como casos de abandonado a los pacientes que dejaron de tomar tratamiento por un período de 30 días consecutivos, y como controles a los pacientes que cumplieron tratamiento de forma satisfactoria y abandonaron la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESNPYCTBC) en condición de curados.

El problema del abandono de tratamiento antituberculoso tiene connotaciones graves, como son el deterioro físico de la salud del paciente por la enfermedad, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la humanidad. Al abandonar el tratamiento, hay reducción de las tasas de curación, aumento de recaídas, recidivas y aumento de la susceptibilidad del paciente a otras infecciones. La terapia inadecuada facilita la aparición de resistencia bacteriana que a sumada a la coinfección con el virus del VIH, puede incrementar la diseminación

de la tuberculosis multiresistente, aumentando la morbilidad la mortalidad; lo cual cataloga como una emergencia mundial de grandes dimensiones (Polanco, 2007).

A). Factores Personales

Al tratamiento terapéutico.

Respecto al conocimiento de la enfermedad, se debe resaltar que algunos pacientes con tuberculosis no llegan a entender todo el proceso de la enfermedad, tratamiento, prevención, y las razones de por qué el tratamiento es tan prolongado. La falta de conocimientos puede llevar al paciente a tomar más alternativas, como la de abandonar su tratamiento. Un estudio mostró en cuanto al conocimiento de la enfermedad de 261 pacientes el 10,7% de ellos no tenían conocimientos sobre la tuberculosis. Yolanda et al. (Citados en Meza y Altuzar, 1999) observaron que entre los pacientes, que tenían un concepto incorrecto de la tuberculosis pulmonar, un 67.9% no terminó el tratamiento ($p < 0,05$). Otro estudio mostró que el 65% de los casos consideró insuficiente la información que ofrece el programa, mientras que la proporción fue significativamente menor en el grupo control ($p = 0,001$) (Culqui et al., 2005).

Por otro lado, el tiempo que dura el tratamiento de una enfermedad, se encuentra asociada a la adherencia y está relacionada como el obstáculo más difícil de vencer para lograr la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis. Un estudio observó que en el grupo que abandonó el tratamiento 70,7% tuvo más de un

año de evolución de la enfermedad, a diferencia de los que no lo hicieron (Meza y Altuzar, 1999). Salazar et al. (2004) mostraron que la probabilidad de abandonar el tratamiento antituberculoso por no haber sido informado de la duración es casi 7 veces mayor que entre aquellos que no lo abandonaron. Otro estudio observó que los pacientes que abandonaron el tratamiento desconocían la duración de su propio régimen terapéutico con mayor frecuencia que del grupo control ($p=0,005$), en ambos grupos una menor proporción desconocía el número de pastillas que debería tomar cada día (Culqui et al., 2005).

Información de la enfermedad

Esta enfermedad es transmitida de persona a persona, principalmente por vía respiratoria a través de las gotitas de flugger. Los bacilos tuberculosos forman los núcleos de estas pequeñas gotitas, lo suficientemente pequeñas como para evaporarse, y permanecer suspendidas en el aire por varias horas. La tuberculosis pulmonar habitualmente puede presentarse con tos productiva, de larga evolución, (generalmente el enfermo consulta cuando lleva más de tres semanas tosiendo) este es el principal síntoma respiratorio. El esputo suele ser escaso y no purulento. Además, puede existir dolor torácico y en ocasiones hemoptisis (MINSA, 2010).

A.1 Consideraciones Importantes de los Esquemas de Tratamiento Antituberculoso.

Para todo caso de tuberculosis, antes de iniciar el tratamiento se deberá tener en cuenta lo siguiente:

- a. Condición bacteriológica inicial por bacilos copia o cultivo.
- b. Antecedente del tratamiento anti tuberculosis previo y resultados de pruebas de sensibilidad anteriores.
- c. Localización de la enfermedad: pulmonar o extra-pulmonar.
- d. Presencia de factores de riesgo para TB MDR:
- e. Gravedad y pronóstico de la enfermedad.
- f. Presencia de comorbilidad o inmuno-compromiso (VIH, Diabetes, otros)
- g. Antecedente personal y/o familiar de reacción medicamentosa.
- h. Resultados de Laboratorio y/o Anatomía Patológica (en TB extra pulmonar)
- i. Asegurar el envío y recepción de muestras para pruebas de sensibilidad
- j. Abreviatura de los tratamientos: se detalla cómo interpretar los esquemas de tratamiento a través de abreviaturas. (OMS 2010)
(2RHZE / 4R2H2

Esquema UNO: 2RHZE/4H2R2

Es el esquema de terapia combinada diseñado con medicamentos de Primera Línea.

Composición Del Esquema Uno.

- El tratamiento primario Esquema UNO incluye los siguientes fármacos: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E)
- La Isoniacida y la Rifampicina son consideradas como el Núcleo Básico del tratamiento antituberculoso a la que se agregó posteriormente la Pirazinamida; todas ellas pueden eliminar el bacilo de la TB (*Mycobacterium tuberculosis*) en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular.
- El esquema de tratamiento primario acortado se debe administrar durante 6 meses, hasta completar 104 dosis, dividido en dos etapas:
 - Primera Fase: 50 dosis (diario de lunes a sábado con HRZE).
 - Segunda Fase: 54 dosis (intermitente, 2 veces por semana, con RH).

Isoniacida y Rifampicina (OPS1998).

Dosis de INH en segunda fase del Esquema I según peso del paciente:

- Menor de 50 Kg: 15 mg/K de peso.
- 50-55 Kg: 15 mg/K de peso (8 tabletas /día, 2 veces por semana).
- 55 Kg o más 15 mg/K de peso (9 tabletas /día, 2 veces por semana).

Recomendaciones Durante La Administración Del Esquema Uno:

- a. Garantizar el cumplimiento total de las dosis programadas. Es más importante completar el Número de dosis que el tiempo previsto para completar el Esquema Uno. Si por cualquier circunstancia se ha dejado de tomar algunas dosis, éstas deben administrarse al final de la fase correspondiente hasta alcanzar las dosis de tratamiento completo (50 dosis en la primera fase y 54 dosis en la segunda fase).
- b. No se recomienda prolongar ni primera ni segunda fase cuando no se dispone de Prueba de Sensibilidad, con el fin de prevenir el enmascaramiento del fracaso de tratamiento en curso.
- c. En pacientes SENSIBLES (cuentan con resultado de Prueba de sensibilidad (P.S.) convencional Pan - sensible o P.S. rápida que es sensible a H y R y no tiene factor de riesgo para TB MDR, con cuestionario estandarizado con resultados negativos) es posible prolongar la 2ª fase del Esquema Uno, por indicación exclusiva del consultor regional (experto en enfermedades respiratorias) del CERI, en las siguientes situaciones:

Enfermedad pulmonar extensa: definida por compromiso pulmonar equivalente a más del 50% del área de un pulmón según radiografía actualizada (al final de la primera fase).

Presencia de cavidad pulmonar mayor de 4 cm según radiografía actual (al final de la primera fase).

Persistencia de bacilos copia positiva al final de la primera fase y con evolución radiográfica y clínica favorable. En estos casos solicitar cultivo al final de la 1ª fase y si es positivo prolongar 2ª fase. (OPS. 2010).

El esquema recomendado, en los casos señalados es: 2HRZE/4H2R2. Dos meses con 4 drogas diario de lunes a sábado, seguido de una segunda fase intermitente de 4 meses con H-R dos veces por semana. Total de medicamentos por paciente:

- R (2 cap. x 50 dosis=100 cap. / 1ª fase)
- H (3 tab x 50 dosis=150 tab / 1ª fase)
- Z (3 tab x 50 dosis=150 tab / 1ª fase) = 150 tab
- E (3 tab x 50 dosis=150 tab/ 1ª fase) = 150 tab

El análisis de cohorte de los pacientes que sometidos a este esquema de tratamiento debe ser realizado en el grupo de “Excluidos de la Cohorte”. (Orozco et al 1999).

Indicaciones Del Esquema Uno.

1. Todo paciente NUNCA TRATADO con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extra pulmonar con frotis positivo o negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo) independiente de la condición de VIH/SIDA.
2. Todo paciente que cuente con una Prueba de Sensibilidad (PS) vigente (menos de 3 meses) que indique que es PANSENSIBLE.
3. En todo paciente ANTES TRATADO (recaída por primera vez, abandono recuperado por primera vez) debe solicitarse Prueba de

Sensibilidad antes de iniciar este tratamiento, con cuyo resultado el consultor regional experto en enfermedades respiratorias y TB diseñará y propondrá al CERI el esquema individual que corresponde, en caso de ser la cepa drogo-resistente:

a. Antes Tratado con PS que indica es pan sensible a H-R:

Esquema Uno.

b. Antes Tratado con PS que indica TB resistente: según patrón de resistencia de manejo de TB mono-resistente y poli-resistente.

c. Antes tratado multi-resistente: esquema para TB MDR individualizado, basado en su PS del paciente.

4. Es obligación del médico y enfermera de la Estrategia de TB solicitar la PS (rápida y convencional, según la disponibilidad de la DISA/DIRESA de procedencia) de inicio de tratamiento en los pacientes Nuevos y antes tratados, hacer seguimiento de la PS y es obligación del médico tratante la evaluación oportuna de sus resultados.

A.2) Conducta en Pacientes Nuevos que no Cuentan con Prueba de Sensibilidad

1. Es importante solicitar la PS oportunamente, al momento del diagnóstico; no hacerlo es incurrir en un grave error que se debe evitar. La DISA/DIRESA debe analizar este tipo de casos y establecer las medidas correctivas correspondientes.

2. Aplicar cuestionario estandarizado de factores de riesgo de TB Resistente. Si se detectase un factor de riesgo hacer interconsulta inmediata con el consultor regional del CERI. Continuar con Esquema Uno hasta que se efectivice la consulta y actuar según las recomendaciones del consultor.
3. Solicitar una muestra para cultivo y de ser positivo garantizar que sea enviado para PS.
4. Tan pronto se tenga resultados, consultar nuevamente con el consultor regional del CERI. (Pineda, Alvarado 2000).

A.3) Tratamiento de la Tuberculosis Multidrogo Resistente (TBMDR)

El tratamiento de la Tuberculosis Multidrogo resistente se aplicará en las DISA/DIRESA previamente calificadas por la ESN PCT. La mejor opción de manejo para la TB MDR es el retratamiento individualizado basado en la PS del paciente, por lo que es muy importante garantizar el cultivo positivo; pero los pacientes no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos, en el país denominado esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento. (Suárez, 2015)

A.4). Recomendaciones Generales.

Todo paciente que va a recibir tratamiento por resistencia a drogas debe seguir las siguientes recomendaciones:

- Pedir dos Cultivos de M. tuberculosis (cultivo BK) y Prueba de Sensibilidad ANTES de iniciar el esquema de retratamiento.
- Obtener resultados de Prueba de Sensibilidad del caso índice.
- Una vez que llega el resultado de Prueba de Sensibilidad, presentar inmediatamente la información al Consultor y al CERI para realizar los cambios necesarios en el esquema de tratamiento.
- El médico y la enfermera de la Estrategia de TB del Establecimiento de Salud serán responsables del seguimiento de la Prueba de Sensibilidad.
- Hacer un seguimiento mensual con la finalidad de detectar precozmente RAFAS o fracaso a tratamiento.
- Los pacientes que concluyeron cualquier esquema de Retratamiento para TB MDR deberán ser reevaluados periódicamente por la Estrategia TB (con bacilos copias y cultivo de BK por un tiempo de 2 años: el primer año por lo menos cada 3 meses y el segundo año cada 6 meses).
- Los expedientes de los pacientes declarados de alta de retratamiento en condición de fracaso por el médico tratante y el consultor, deberán ser presentados al CERI para ser ratificados o

rectificados y elevados a su vez al CERN para su segunda ratificación.

- No se deberá prolongar el retratamiento por más de 24 meses sin previa solicitud al CERI y al CERN para la aprobación por ambas instancias. (Sánchez, H y Reyes, C 2006)

El tratamiento de la Tuberculosis se basa en regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, formulados en los decenios 1970, 1980, y que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos anti tuberculosis: capacidad bactericida, capacidad esterilizante, y capacidad para prevenir la resistencia. Nos enfrentamos a su vez a fenómenos biológicos relacionados a la presencia de enfermedades como el VIH/SIDA o la Diabetes Mellitus, que favorecen a la presencia de la TB, además los fenómenos de resistencia a las drogas, la Multidrogorresistencia y la Extrema Resistencia, y por lo tanto a escenarios mucho más complejos para el control de la Tuberculosis en el país. En el Perú hemos acumulado en los últimos años una reconocida experiencia internacional en el manejo de la Tuberculosis en general y de manera particular en la Multidrogorresistencia. Hemos podido incorporar herramientas de diagnóstico para identificar Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR) y la posibilidad de implementar acciones terapéuticas más eficaces.

Su tratamiento debe considerarse con una doble vertiente: la actuación individual que supone la curación de un paciente enfermo, y como una medida de Salud Pública que trata de interrumpir la Cadena de Transmisión de la enfermedad tuberculosa. El control de la tuberculosis no solo depende de la prescripción de un tratamiento correcto, sino de asegurar su administración durante el tiempo adecuado, y del estudio de los contactos de los pacientes por lo cual requiere una organización que contemple aspectos no solo médicos sino también sociales de los pacientes y de sus contactos (Cáceres y Orozco, 2007).

La tuberculosis es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium Tuberculosis*, también conocida como bacilo tuberculoso o bacilo de Koch que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas. Habitualmente, la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano. (Cáceres & Orozco, 2010 Marzo)

Duración del tratamiento

El Esquema de tratamiento Uno es una terapia combinada diseñado con medicamentos de primera línea, indicado para aquellos paciente diagnosticadas por primera vez con tuberculosis pulmonar, el cual tiene una duración de 6 meses en donde se debe completar 82 dosis, incluye los siguientes fármacos: etambutol, isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida. Está dividido en 2 fases, La Primera Fase de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente

la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso. El tiempo de duración es de dos meses, durante esta etapa se toman pastillas a diario excepto domingos y feriados, estas son: etambutol (3 tabletas), isoniacida (3 tabletas), Rifampicina (2 cápsulas) y Pirazinamida (3 tabletas), al finalizar el primer mes es muy probable que el bacilo copia sea negativa.

Segunda Fase de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de bacilos persistentes y evitar así las recaídas. Cumpliendo todo el tratamiento se termina definitivamente con la enfermedad, dura cuatro meses y se necesita tomar las pastillas dos veces por semana, estas son isoniacida (8 tabletas) y Rifampicina (2 cápsulas). (MINSA, 2010)

Es importante que se garantice el cumplimiento total de las dosis programadas. Si por cualquier circunstancia se ha dejado de tomar algunas dosis, estas deben administrarse al final de la fase correspondiente hasta alcanzar la dosis de tratamiento completo (50 dosis en la primera fase y 54 dosis en la segunda fase).

Esquema II de Re tratamiento Estandarizado para Tuberculosis Multidrogo Resistente

El esquema de la tuberculosis multidrogo resistente se aplicará en las DISA/DIRESA previamente calificadas por la ESN-PCT. El manejo de

la TB MDR es el retratamiento individualizado basado en las pruebas de sensibilidad del paciente, por lo cual es importante garantizar el cultivo positivo; pero los pacientes no siempre cuentan con prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamiento intermedios empíricos, en el país denominado esquema de retratamiento empírico. Indicado en casos nuevos que fracasaron al esquema I, tuberculosis activa y con antecedentes de dos tratamientos previos, pacientes con sospecha de MDR según cuestionario de HC.

a. Tratamiento farmacológico de la tuberculosis

La administración de medicamentos, según la norma planteada por el Ministerio de Salud, será supervisada en el 100% de los casos por el personal de salud, y en casos estrictamente necesarios, por los Promotores de Salud. La administración del tratamiento deberá ser ambulatorio, diario, excepto domingos e integrado a los servicios generales de salud (puestos de salud, centros de salud y hospitales).

Los medicamentos según su uso tienen una clasificación así podemos encontrar los de primera línea que se utilizan en pacientes nuevos, recaídas y abandonos, son altamente eficaces y de buena tolerancia para el paciente, entre ellos encontramos; Rifampicina, isoniacida, Pirazinamida, etambutol, estreptomina. En el caso de los medicamentos de primera línea deberán administrarse todos juntos en una sola toma, solo en el caso de presencia de reacciones diversas se podrá fraccionar las dosis por periodos muy cortos. El otro gran

grupo de medicamentos son los de segunda línea que se utilizan generalmente en pacientes con tuberculosis resistentes a antibióticos. Son menos eficaces y de menor tolerancia para el paciente, entre los cuales encontramos; kanamicina, Ethionamida, ciprofloxacino, entre otros.

Esto significa que se debe garantizar el suministro de medicamentos estable y confiable. (MINSA, 2010)

Existen, según la Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis Esquemas de Tratamiento, para la elección del esquema para un paciente se toman en cuenta lo siguiente: Condición bacteriológica inicial por bacilos copia o cultivo. Antecedente del tratamiento anti tuberculosis previo. Localización de la enfermedad: pulmonar o extra pulmonar. Gravedad y pronóstico de enfermedad. Antecedente personal y/o familiar de reacción medicamentosa, entre otros.

Fases de su tratamiento

- a. **PRIMERA FASE** de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (lográndose destruir al 90% de la población bacteriana en los primeros 10 días) y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento.
- b. **SEGUNDA FASE** de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente. En este momento la población

bacteriana se multiplica 1 vez por semana o menos frecuentemente, de manera que ya no requiere tratamiento diario. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas. (Dirección Regional de Salud de Puno.2011).

- A. En todos los pacientes es obligatorio la observación directa de la toma de medicamentos por el personal de salud, con lo que se obtiene la mayor posibilidad de curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento.
- B. La observación directa de la toma de los medicamentos (tratamiento supervisado en ambas fases) mejora sensiblemente la posibilidad de lograr la curación de los pacientes. Está prohibido dar tratamiento auto administrado.
- C. Las instituciones proveedoras de servicios de salud deberán garantizar o asegurar la supervisión del tratamiento en ambas fases. De no poder cumplir con esta indicación deberá ser derivado o transferido según el caso a un establecimiento de salud del Ministerio de Salud para su supervisión.
- D. Cuando se brinda tratamiento auto administrado (no observado por el personal de salud) los enfermos no cumplen estrictamente la toma de todos los medicamentos y por tanto se incrementa el riesgo de fracaso, abandono y muerte. El tratamiento auto - administrado da lugar a la potencial creación de resistencia a medicamentos y la transmisión de TB resistente a antibióticos a

los trabajadores de salud y a la comunidad, por lo que se constituye en una grave falta contra la salud pública. (Meza, y Altuzar, M. 1999).

Molestias

Reacciones adversas de medicamentos

Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS) más frecuentes son: náuseas, dolores gástricos, insomnio, euforia, síndrome gripal y anorexia, pero se presentan otras reacciones que se presenta según cada fármaco del tratamiento, así por ejemplo según los medicamentos se puede presentar.

- Estreptomicina: Daño auditivo y vestibular, dolor en el lugar de inyección, parestesias.
- Isoniacida: Neuropatía periférica, hepatitis.
- Rifampicina: Anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, hepatitis, secreciones corporales de color anaranjado.
- Etambutol: Neuritis óptica.
- Pirazinamida: Dolor articular, hepatitis.

En el caso de presentarse una RAFA, el paciente o familia debe comunicarlo de inmediato al médico tratante. Los efectos secundarios que ocasiona la farmacoterapia contra la tuberculosis como náuseas, vómitos, diarrea, cólicos, hipersensibilidad entre otros se presentan con frecuencia y en algunos casos están relacionados

con el abandono de tratamiento. En un estudio se observó una tendencia al abandono por no haber sido advertido de la importancia de no suspender el medicamento y de las molestias producidas por el mismo (Salazar et al., 2004). Otro estudio mostró que la tasa de incidencia de abandono del tratamiento aumentó cuando los pacientes refirieron presentar efectos secundarios al tratamiento siendo 0,7(IC95%0,5-1,0). Sosa et al. (2005) observaron que existe la asociación negativa entre la presencia de efectos secundarios y el abandono de tratamiento. La medicación contra los efectos secundarios no mostró relación estadísticamente significativa. (Arrossi S 2011)

Cumplimiento

Indicaciones de seguimiento del tratamiento de la tuberculosis

En los últimos años han surgido cambios importantes en el trabajo operativo para el control eficiente de la tuberculosis, para ello fue necesario que se convoque a profesionales y técnicos con experiencia de campo tratando de mejorar los conocimientos y destrezas de los trabajadores de establecimientos de salud, estableciendo compromisos que permitan activar una nueva cultura en la calidad de la atención.

En tal efecto para el éxito del tratamiento contra la tuberculosis, no solo es la adherencia estricta al tratamiento farmacológico, sino a

su vez cumplir con las indicaciones de seguimiento, el régimen de indicación por el equipo de salud.

En la atención médica a la persona con tuberculosis que sigue el esquema de tratamiento Uno, se realizara como mínimo tres consultas médicas. Las consultas son gratuitas, de cumplimiento obligatorio y deberán ser realizadas por el médico tratante. La primera consulta se realiza al inicio del tratamiento, en donde se brinda las principales indicaciones sobre el tratamiento, posibles efectos adversos, control bacteriológico mensual entre otros. La segunda consulta se realiza al cambio de fase donde se continúa con el seguimiento del caso a través de la evaluación clínica, bacteriológica y radiológica. La tercera consulta se dará en el alta del paciente. Se brinda otras consultas o evaluaciones especiales cuando existe irregularidad en el tratamiento, riesgo de abandono presentación de RAFAS.

En la atención médica el diagnóstico de la tuberculosis descansa en diferentes pilares de diferente importancia clínica, como son: el bacilo copia, a través de la muestra de esputo ha sido adoptada por la mayoría de los países en desarrollo, es el procedimiento diagnóstico de elección en enfermos sintomáticos, además de ser simple, rápido, específico y barato. Es el diagnóstico seguro de tuberculosis, identificándose bacilos alcohol ácido resistentes (BAAR) a través del examen microscópico directo de la expectoración mediante los bacilos copia se confirma con una

especificidad del 100%. Así como la radiología, la radiografía de tórax es el método más sensible para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar ya que certifica, con los bacilos copia, la enfermedad. El problema es el costo, la accesibilidad y es menos específico que la bacteriología, las imágenes radiológicas que produce la tuberculosis pulmonar entran en el diagnóstico diferencial de toda la patología respiratoria. (Bonilla, 2010)

B). Factor institucional

Se define como las características estructurales y funcionales que difieren en cada institución y su grado de influencia que tiene con el cliente o usuario. Constituye un sistema de acciones que se realiza para lograr el cumplimiento adecuado de las prescripciones médicas.

Trato del personal

Relación entre el paciente y personal de salud. Es de considerar que una adecuada relación entre el paciente y el personal de salud favorece a las expectativas que el paciente tiene frente al personal que suministra el tratamiento. Un estudio mostró que la probabilidad de abandonar el tratamiento fue mayor cuando se estableció una mala o deficiente relación entre la enfermera y el paciente; y de forma significativa cuando hubo una mala relación con el médico (Salazar et al., 2004). Otro estudio, observó que de la misma forma, la proporción de casos que se declaró disconforme con el trato del personal de

salud fue tres veces superior a los del grupo control (Culqui et al., 2005).

Ubicación del establecimiento

Distancia al centro de salud. Comprende el espacio o intervalo de lugar o de tiempo que emplea el paciente para dirigirse al establecimiento de salud. Algunas veces el usuario puede concurrir al centro de salud caminando y de otras veces suele tomar ómnibus o cualquier otro tipo de movilidad.

Un estudio mostró que el riesgo de deserción al tratamiento fue 2,6 veces mayor cuando el paciente enfrentaba dificultades para acceder a los servicios de salud (OR: 2,64; IC95%: 1,39-5,29) (Sosa et al., 2005). Salazar et al. (2004) observaron que el tener dificultad para el traslado al centro de salud aumenta el riesgo de abandonar el tratamiento contra la tuberculosis (OR= 4,8, p= 0,02, IC= 1,02- 22,79).

En relación a la labor de enfermería es fundamental, para establecer acciones que permitan al paciente con tuberculosis una mejor adherencia al tratamiento y contrarrestar los factores que lo llevan al a abandonar el tratamiento. Cabe resaltar que la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis debería diseñar estrategias creativas para mejorar la adherencia al tratamiento; las cuales deben estar orientadas al paciente y a su familia y no a los sistemas de salud como actualmente podemos observar.

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: Saber qué hacer, como hacer y cuando hacer. El paciente debe de disponer de una serie de habilidades con diferentes grados de complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricta a los tratamientos y cumplimiento de todas las indicaciones. La enfermera del establecimiento de salud es la más involucrada en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, pues tiene la responsabilidad de controlar la diseminación de la enfermedad y garantizar la correcta administración del tratamiento para el cumplimiento terapéutico. La adherencia al tratamiento depende de gran parte de la relación establecida entre la persona con tuberculosis, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud de tratamiento y la participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis, en el Centro de Salud Max Arias Schneider. De enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. Población constituida por 70 pacientes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber. Para realizar la investigación se aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis.

Actualización del sub numeral 7. Tratamiento de la tuberculosis de la NTS N° 041-MINSA/DGSP-V.01 “norma técnica de salud para el control de la tuberculosis” aprobada por R.M. N° 383-2006/MINSA. (9)

En relación al rol del profesional de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de La Tuberculosis, es responsabilidad del enfermero (a), la atención del profesional de enfermería a los pacientes con tuberculosis es integral e individualizada dirigida al paciente, su familia y la comunidad y pone énfasis en la educación, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por tuberculosis. Entre las actividades de enfermería para el seguimiento de casos están:

Transporte utilizado

Quien no ha renegado cuando un pasajero, cómodamente no quiere abrir su ventana a pesar que el bus o micro está repleto, no solo es el calor que se siente en épocas de verano. También están los aerosoles suspendidos en el aire que han sido liberados por personas enfermas al toser, hablar o estornudar. Estas diminutas gotitas que flotan en el aire contiene miles de bacterias procedentes de la persona infectada, que podrían facilitar su transmisión y contagio a las personas sanas.

Imagínate que en el bus haya una persona enferma de tuberculosis. Y que además este infectado por la versión más

agresiva de la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* capaz de resistir los antibióticos más potentes, donde el tratamiento que básicamente es muy fuerte que dura meses y que son sumamente tóxicos.

Los pacientes que se trasladan al centro de salud de los asentamientos humanos tienen consecuencias serias por el transporte que se movilizan en topotaxis, triciclos, micros para recibir su tratamiento se hace muy difícil. Un grupo de investigadores peruanos y norteamericanos, liderados por el Dr. Carlos Zamudio del instituto de medicina tropical Alexander von Humboldt han encontrado evidencias que las probabilidades de tener tuberculosis son mayores en las personas que usan frecuente mente el transporte público en zonas con mayor incidencia de la enfermedad.

Juliaca es una ciudad con mucha población que utiliza con mayor significancia el transporte público porque presenta características muy particulares en donde el paciente con mayor frecuencia utiliza para su llegada hacia su destino de los centros y puestos de salud atravesó de buses y combis. En agosto y diciembre del año 2010 fueron seleccionados muchos pacientes con TB que se realizó el estudio se les tomo un cuestionario para explorar los diversos factores asociados con la TB haciendo hincapié en lo relacionado al transporte utilizado. Al analizar los datos individualmente observaron que la probabilidad de tener TB aumentaba 5 veces más la enfermedad por los contagios en buses y retrasos de llegado por la lejanía de acceso para la llegado del

paciente hacia el centro de salud. En esta ciudad que se próxima de muchas habitantes que no cuenta con un sistema de transporte publico rápido y eficiente las combis los triciclos sigue siendo los principales medios de transporte cuya capacidad limitada ahonda más el problema. El contacto personal entre los pasajeros es muy estrecho, por no decir en hora punta se viaja como sardinas enlatadas, y la falta de ventilación en las unidades de transporte ahonda el problema porque en las horas atrapadas en el tráfico dentro de un vehículo muy pequeño por falta de ventilación es la causa.

Visita domiciliaria: esta actividad consiste en acudir al domicilio del enfermo de tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y su familia. Deberá ser dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico. Tiene como objetivos educar al paciente y su familia, identificar problemas de salud y brindar alternativas de solución, contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando al paciente inasistente, completar el seguimiento de los casos en tratamiento y optimizar el control de contactos.

Organización y administración del tratamiento: es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso. El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio. El personal de enfermería se asegurará de que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día en todos los servicios de salud.

Existen factores que están asociados al abandono del tratamiento antituberculoso entre los cuales se menciona: los relacionados a la interacción del personal de salud con el paciente, al régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente.

En la interacción profesional de la salud - paciente cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria sobre la enfermedad, de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del paciente que contribuye. En algunos casos, los pacientes con Tuberculosis no entienden sobre el proceso de enfermedad, el tratamiento, los exámenes de control, el por qué el tratamiento de la Tuberculosis tiene una larga duración, entre otros aspectos. Por lo cual es necesario no solo proporcionar la información, sino llevarlo a cabo a medida del entendimiento del paciente. En cuanto a la relación personal de salud-paciente, debe estar basada en la confianza y respeto, considerando que el tratamiento contra la tuberculosis es de 6 meses, si el paciente confía es más probable que siga las indicaciones y consejos, así como manifieste sus dudas y temores.

Los aspectos que ejercen una mayor influencia en el tratamiento contra la tuberculosis son: la dosificación y los efectos secundarios de los medicamentos. En el caso del tratamiento de

esquema uno, se sigue regímenes de multidosis, según las fases del esquema, son entre diez y once pastillas que el paciente debe ingerir en una sola toma.

El paciente con Tuberculosis que por lo general experimenta un conjunto particular de síntomas al inicio de la enfermedad; al iniciar el esquema de tratamiento, durante la primera fase puede disminuir drásticamente los síntomas, se siente aliviado, asintomático y pone en riesgo al tratamiento. (Culqui et al., 2005).

En el abandono del tratamiento terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos podemos mencionar:

En lo personal el paciente con tuberculosis puede agravar su estado de salud, como la resistencia a los fármacos, así como mantener su estado emocional alterado por el estigma social de esta enfermedad.

Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

En el caso de la tuberculosis el tratamiento terapéutico es muy importante, ya que esta enfermedad es curable, cuando se cumple el tratamiento. El éxito alcanzado, obedece a que la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en su búsqueda

de sinergias y alianzas estratégicas, consiguió canalizar el esfuerzo individual de las diferentes dependencias del Ministerio de Salud en los niveles regional, local y otros sectores del estado, instituciones de la sociedad civil, organizaciones de personas con tuberculosis, empresa privada, de modo que el esfuerzo se convirtiera en mucho más que la suma de sus partes, a favor de la lucha contra la tuberculosis.(Diario Neumología, 2000).

2.1.3 Teoría de enfermería

FLORENCE NIGHTINGALE. “TEORIA DEL ENTORNO”

Florence Nightingale inició su instrucción como enfermera en 1851 en Kaiserwerth, Alemania, su experiencia en el trato con soldados enfermos y heridos durante la Guerra de Crimea, influyó enormemente en su filosofía de la enfermería. Formuló sus ideas y valores gracias a los años de trabajo caritativo en enfermerías hospitalarias y militares. Es considerada como la primera teórica de enfermería, la información que se ha obtenido acerca de su teoría ha sido a través de la interpretación de sus escritos. Nightingale instauró el concepto de educación formalizada para las enfermeras.

En 1852, Florence Nightingale, con su libro “Notas de Enfermería”, sentó las bases de la enfermería profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las

mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma que “hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”. (Sosa, N Pereira S 2005)

Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.

La teoría de Nightingale ha influido significativamente en otras teorías: Teoría de las Necesidades y Teoría del Estrés.

METAPARADIGMAS:

Persona: ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, denominada por Nightingale como paciente.

Entorno: condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida.

Salud: bienestar mantenida. Para Nightingale la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.

Enfermería: la que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona.

Epistemología: El fundamento de la teoría de Nightingale es el entorno: todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en

la vida y el desarrollo de un organismo. Nightingale describe cinco componentes principales de un entorno positivo o saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de los efluvios y control del ruido.

Para Nightingale el entorno físico está constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado, tales como la ventilación, temperatura, higiene, luz, ruido y la eliminación.

Mientras que el entorno psicológico puede verse afectado negativamente por el estrés y según Nightingale el entorno social que comprende el aire limpio, el agua y la eliminación adecuada implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de la misma. (Tom 2008)

- **TEORIA DE HILGARDE PEPLAU**

Esta teoría permite que el profesional de enfermería deje de centrarse, en la atención biofísica de la enfermedad y permite acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad de los pacientes, estos comportamientos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería, mediante la aplicación de esta filosofía conseguiremos que surja una relación entre la enfermera-paciente que permite afrontar los problemas que padezcan de manera conjunta.

HILGARDE PEPLAU. - integro en su modelo las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el

desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría enfermera era algo relativamente novedoso y describe 4 fases en su teoría psicoanalítica.

Describe 4 fases

1.- Orientación.- el paciente intenta identificar cuáles son sus problemas delimitando sus necesidades y busca al profesional. La enfermera ayuda al paciente tanto a reconocer y comprender su problema como a determinar su necesidad de ayuda.

2.- Identificación. - el paciente, junto a la enfermera identifica, su situación, responde con las personas que pueden ayudarlo y se relaciona con ellas. Las enfermeras diagnostican los problemas y formula un plan de cuidado

3.- Aprovechamiento o explotación.- el paciente hace uso de los cuidados de enfermería y saca el máximo beneficio de la relación, por lo tanto, la enfermera aplica el plan de cuidado establecido hasta alcanzar lograr la maduración y la independencia.

4.- Resolución.- el paciente se libera de la participación de la enfermera, se ha hecho autosuficiente se abandonan viejos objetivos y se adoptan otros nuevos.

La incorporación de este modelo permitirá en los pacientes que dejaron de asistir a la terapia farmacológica por diversas causas, a reintegrarse al tratamiento mediante la relación interpersonal enfermera-paciente o viceversa paciente-enfermera, realizando

participaciones sociales, en conversatorios con otros pacientes de tratamiento para experimentar vivencias relacionadas al tratamiento, asíéndolos sentir que la asistencia a la unidad de salud es importante, para que la terapia antifimica haga su efecto, mostrando siempre empatía por su situación.

2.2. ESTUDIOS PREVIOS

Se han encontrado pocos estudios a nivel nacional e internacional que relacionen las variables de este estudio. No obstante, se muestran, a continuación, algunas investigaciones que tratan, de manera conjunta o por separado, las variables aquí propuestas.

A) A nivel internacional

1.- Rodríguez A. E. (2014) Colombia realizó un estudio de investigación titulado, “Adherencia a la Terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali”; investigación que tuvo como objetivo determinar la prevalencia del incumplimiento o no de adherencia al tratamiento farmacológico y la asociación de esta con los factores determinantes intrínsecos y extrínsecos de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud “Manuela Beltrán”. La adherencia terapéutica se determinó por medio del test validado de Morisky-Greem-Levine y la asociación mediante el test Chi-cuadrado de independencia y test exacto de Fisher; los factores considerados estadísticamente significativas son aquellos que presentaron un valor $p < 0,05$. El

incumplimiento terapéutico de los pacientes fue del 81,8% (IC95% 70 – 94%). De los factores, los únicos que tuvieron una asociación estadísticamente significativa son los relacionados con el equipo de asistencia sanitaria, entre estos las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico entregadas por el servicio farmacéutico y la receptividad del médico tratante respecto a las dudas y comentarios del paciente (valor de p de 0,029 y 0,004, respectivamente). La prevalencia del incumplimiento de la terapia farmacológica de los pacientes fue muy elevada y los factores asociados relacionados con la atención y la calidad de los servicios prestados por el equipo de salud impactan en la motivación, confianza y uso del tratamiento farmacológico

2.-Arrossi, Herrero, Greco y Ramos (2012). “Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura”. Objetivo: Identificar cuáles han sido los factores predominantemente analizados y determinar cuáles han presentado una mayor asociación con la no-adherencia al tratamiento anti-tuberculoso. Metodología: El proceso de revisión de evidencias se realizó por medio de una búsqueda de estudios publicados entre 1997 y 2007 que analizaron factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculoso, a través de las bases de datos PubMed - MEDLINE y LILACS. Se complementó con una revisión manual publicaciones seleccionadas. Se incluyeron estudios cuantitativos con análisis multifactorial. Se excluyeron revisiones, estudios cualitativos, e investigaciones

realizadas únicamente en población pediátrica, carcelaria y en grupos de refugiados, las referidas a tuberculosis latente, a tratamientos antituberculosos preventivos y a tuberculosis multiresistente exclusivamente.

Resultados: Quedaron incluidos 43 estudios de países de ingresos altos, medios y bajos. Los resultados indican que la tendencia a abandonar el tratamiento se incrementa fuertemente conforme aumenta la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social, como en el caso de quienes están desempleados o tienen empleos muy precarios, los analfabetos, las personas que viven en situación de calle o en residencias temporarias, los pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas ilegales (sobre todo por vía endovenosa). Como resultado de esta revisión es posible trazar un perfil de la no-adherencia, marcado por la desigualdad socio-económica, la vulnerabilidad psicoactiva, la exclusión social y la inequidad en el acceso a la atención de la salud. Conclusiones: La adherencia al tratamiento es un proceso complejo y dinámico, en el que intervienen múltiples factores que indican que se trata de un proceso multidimensional. Estos resultados refuerzan la necesidad de desarrollar políticas de protección social al paciente, con el objetivo de reducir las condiciones de vulnerabilidad social y económica a las que están expuestas. Finalmente, es necesario evaluar qué obstáculos inherentes a la organización del sistema de salud actúan como barreras para la adherencia al tratamiento.

3.- Muñoz y Rubiano 2012.- Realizaron un estudio sobre “tratamiento antituberculoso pulmonar: voces de los implicados” Colombia 2012. El objetivo fue analizar, a través de la literatura científica, los significados acerca de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis de los implicados en esta problemática, portadores y profesionales involucrados en el control de la enfermedad el método que se utilizó fue cualitativo de corte trasversal. Entre las conclusiones del estudio tenemos: “...La tuberculosis y la adhesión al tratamiento implican visualizar este problema de salud más a allá de lo biológico e individual; y como un complejo que implicaría de un cambio en la atención desde la perspectiva del modelo biomédico hegemónico. Esto, pensando en otro que, por un lado, permitiera una actuación menos burocratizada del sistema sanitario; y por otro la inclusión de la mirada y participación de los portadores, sus familias y comunidades como actores activos.”

B) A nivel nacional

1.-Suárez (2012). El estudio de investigación: “abandono al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud. 2014”, tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis, en el Centro de Salud Max Arias Schneider. De enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte trasversal. Población constituida por 70 pacientes de la

Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber. Para realizar la investigación se aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis.

Los resultados del estudio fueron: 23(46%) de la población presenta un nivel medio de adherencia y 27(54%) presenta un nivel medianamente favorable de participación de la familia. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: 1. El nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber está en un nivel “medio” lo que indica que el paciente está cumpliendo con el tratamiento farmacológico, indicaciones médicas, exámenes y pruebas de control de forma parcial, sin embargo a esto se suma el hecho que la educación, la familia, nivel socioeconómico y las percepciones del paciente van a influenciar en la adherencia al tratamiento ya sea de forma positiva favoreciendo la adherencia o negativa originando falta de adherencia. 2. El nivel de participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis es “medianamente favorable”, lo cual indica que cuentan con una parcial participación de la familia y que de esta manera podrán hacer frente a la necesidad de cuidado y afrontar la crisis de la enfermedad, esto podría mejorar si se incorpora a la familia como el agente de autocuidado. 3. Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el

nivel de participación de la familia, al existir una correlación estadística entre las variables, se acepta la hipótesis alternativa que dice: “ Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la participación de la familia de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Max Arias Schreiber” , lo cual enfatiza que la participación de la familia juega un papel importante en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

2.- Dalens (2012). “Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos”. Objetivo: Identificar los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I, en la Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos. Material y Métodos: Estudio de tipo cuantitativo, método observacional, diseño descriptivo realizado en la Red de Salud Rímac-San Martín-Los Olivos. La población estuvo conformada por todas las personas en situación de abandono al I esquema de tratamiento en el primer semestre 2010, considerando una muestra no probabilística intencional constituida 70 pacientes afectados por tuberculosis. En la recolección de datos, inicialmente se identificó los casos en la HC y después, mediante visita domiciliaria se aplicó un cuestionario estructurado. En el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva mediante Programa Excel 2007. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación Institucional de la DISA V Lima Ciudad, respetando los principios éticos.

Resultados: Se estudiaron 258 casos. El abandono de tratamiento fue predominantemente masculino (94,6%), siendo que el 45% tenía edad entre 21-40 años y el 60,9% estaba en condición de soltero, caracterizados por tener bajos ingresos económicos (67,8%), reportar consumo de alcohol (58,1%), cigarrillo (39,9%) y drogas (32,9%), haber presentado efectos secundarios al tratamiento (45,3%) y utilizar movilidad para trasladarse al centro de salud a recibir terapia medicamentosa (65,1%); el 89,5% recibió visitas domiciliarias por faltas al tratamiento y 69,8% consideró que las pastillas que recibía eran demasiadas, siendo que el 30,2% había presentado náuseas, vómitos, entre otros problemas digestivos. Conclusiones: Entre los factores se destacaron el pertenecer al sexo masculino, bajo ingreso económico, consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, la necesidad de utilizar transporte para llegar al establecimiento de salud y presentar efectos secundarios a los medicamentos.

3.- Tacuri (2012). “el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera. El Agustino – 2009”. Tuvo como objetivo Determinar la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis. Se utilizó el método Descriptivo Correlacional, de corte Transversal. La muestra estuvo constituida por 38 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, registrados en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Primavera Establecimiento de Salud del Primer

nivel de Atención, ubicado en el distrito del Agustino de Lima Metropolitana. Las técnicas que se utilizaron fueron la Entrevista y el Análisis Documental, y los instrumentos fueron la Encuesta y Ficha de Registro respectivamente. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: 1. La mayoría de los pacientes con Tuberculosis tienen un nivel medio de conocimientos sobre el tratamiento de esta enfermedad, coincidentemente el nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico, así como el conocimiento de las indicaciones de seguimiento se ubica en la mayoría de los pacientes en el nivel medio. 2. La mayoría de los pacientes no mostraron adherencia al tratamiento de la tuberculosis en general, condición similar aconteció respecto a las indicaciones de seguimiento y al tratamiento farmacológico propiamente dicho. Existe y nivel de conocimientos de los pacientes con tuberculosis es decir que la no está presente en los pacientes que tienen nivel de conocimiento medio a bajo y quienes son adherentes al tratamiento tienen un nivel alto de conocimientos resultado obtenido mediante la prueba estadística del Ji cuadrado con un nivel de significancia del 95% de confianza y un grado de libertad.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

1. Alimentación. - La nutrición de los enfermos con tuberculosis pulmonar se ve alterada, ya que la enfermedad es de curso prolongado.

2. **Bacterias resistentes:** las bacterias que no pueden ser destruidas con un medicamento específico.
3. **Caso de Tuberculosis.** - Paciente con bacilos copia positiva o cultivo positivo, o paciente diagnosticado por criterio clínicos y a quien se prescribe tratamiento anti tuberculosis
4. **Contacto:** una persona que ha pasado tiempo con alguien que tiene tuberculosis en su etapa infecciosa.
5. **Control de contactos.** - Se denomina contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis.
6. **Cultivo:** una prueba para determinar si hay bacterias de la tuberculosis en las flemas o en otros líquidos corporales. Esta prueba puede tardar entre 2 y 4 semanas, en la mayoría de los laboratorios.
7. **Descanso.** -Los enfermos con tuberculosis pulmonar presentan disnea al esfuerzo, incrementan su frecuencia respiratoria, motivo por el cual los periodos del descanso entre las actividades incrementan la tolerancia a la actividad y disminuye la disnea, mejorando la frecuencia respiratoria.
8. **Espujo:** la flema proveniente del interior de los pulmones que se expulsa al toser. El espujo se examina para detectar la presencia de bacterias de la tuberculosis mediante un frotis; una parte del espujo también se puede usar para hacer un cultivo.

9. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT)

Órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.

- 6. Factor de abandono.** - Agente, elemento o circunstancia que contribuye a causar el abandono de tratamiento.
- 7. Familia del paciente.** - La familia supone el soporte social del paciente con tuberculosis, y que también debe asumir las medidas de prevención y aislamiento para evitar el contagio en tanto dure el tratamiento del familiar.
- 8. Fracaso terapéutico.** - Paciente que mantiene bacilos copia positiva hasta el cuarto mes de tratamiento o en los pacientes que presentan bacilos copias positivas en dos controles sucesivos, después de un periodo de negativización de dos meses habiendo recibido tratamiento regular y supervisado.
- 9. Frotis positivo.** -La medida preventiva más eficaz para evitar el contagio eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento completo de los casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo.

- 10. Isoniacida o INH:** un medicamento usado para prevenir la tuberculosis activa en las personas que tienen la infección de tuberculosis latente. La isoniacida también es uno de los cuatro medicamentos que suelen usarse para tratar la tuberculosis activa.
- 11. Paciente.** - Es la persona con diagnóstico de tuberculosis pulmonar mayor de 15 años registrado en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis.
- 12. Paciente en riesgo de abandono.** - Paciente que presenta irregularidad durante el tratamiento.
- 13. Paciente en abandono.** - Paciente que no concurre a recibir tratamiento por más de 30 días consecutivos y/o pacientes transferidos donde el establecimiento de salud al que fue transferido no confirma la recepción del caso.
- 14. Quimioprofilaxis.** - Es la administración de isoniacida a los contactos de pacientes menores de 15 años ya a pacientes con infección por VIH sin evidencia de tuberculosis. Su objetivo específico es prevenir y/o disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en los infectados.
- 15. Radiografía de tórax:** una fotografía del interior del tórax. La radiografía de tórax es una fotografía del pecho tomada con rayos X. El médico puede analizar esta placa para determinar si las bacterias de la tuberculosis han dañado los pulmones
- 16. Reacción de la tuberculina (PPD).** - La reacción de la tuberculina, por razones que no se conocen bien, es de poca

ayuda diagnóstica, pero es muy útil como complemento del diagnóstico de la tuberculosis infantil.

17. Rifampicina (RIF): uno de los cuatro medicamentos que se utilizan a menudo para tratar la enfermedad de tuberculosis activa. Se lo considera un medicamento de primera elección.

18. Tuberculosis pulmonar. - Es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, es una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones.

19. Tratamiento de la tuberculosis. - Los medicamentos esenciales más utilizados por el CCT del Ministerio de Salud son: Isomiarina, Rifampicina, Pirazinamida, Estreptomina y Etambutol. Se tienen en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia

20. Tratamiento farmacológico. - Se considera dos fases: Comienzo con una primera fase diaria de ataque intensivo para reducir rápidamente la población bacilar inicial y prevenir la resistencia (fase bactericida); y continuación con una segunda fase.

21. Tuberculina (PPD, por sus siglas en inglés): un líquido que se inyecta debajo de la piel en la parte inferior del brazo durante la prueba cutánea de la tuberculosis. Si usted tiene la infección de tuberculosis latente, es probable que presente una reacción positiva a la tuberculina.

- 22. Tuberculosis extremadamente resistente (XDR TB, por sus siglas en inglés):** una forma inusual de tuberculosis resistente a casi todos los medicamentos utilizados para tratar la tuberculosis.
- 23. Tuberculosis multirresistente (MDR TB, por sus siglas en inglés):** una forma de tuberculosis activa causada por bacterias resistentes a dos o más de los principales medicamentos contra la enfermedad: la isoniacida y la Rifampicina.
- 24. Tuberculosis pulmonar:** la tuberculosis activa que afecta a los pulmones y que por lo general provoca una tos que dura 3 semanas o más. En la mayoría de los casos, la tuberculosis activa es pulmonar.
- 25. Tuberculosis extra pulmonar:** tuberculosis activa que afecta cualquier parte del cuerpo que no sea en los pulmones (por ej., los riñones, la columna vertebral, el cerebro o los ganglios linfáticos).
- 26. Vacuna BCG:** una vacuna contra la tuberculosis que lleva las iniciales de los científicos franceses que la desarrollaron, Calmette y Guérin. La vacuna BCG no es de uso frecuente en los Estados Unidos, sin embargo, en los países donde la tuberculosis es común, a menudo se le administra a los bebés y niños pequeños.
- 27. Visita domiciliaria.** - Esta actividad consiste en acudir al domicilio de la persona con Tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y familia. Deberá efectuarse dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico; se debe educar y motivar.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 FORMULACIÓN HIPÓTESIS

3.1.1. Hipótesis general

H_G: El factor de riesgo se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román - Juliaca, año 2017.

3.1.2 Hipótesis específicas

H₁: El factor de riesgo socio demográfico se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román - Juliaca, año 2017.

H₂: El factor de riesgo psicosocial se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román - Juliaca, año 2017.

H₃: El factor de riesgo institucional se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román - Juliaca, año 2017.

3.2 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

3.2.1. Clasificación de las variables

Variable independiente:

Factor de riesgo

Variable dependiente:

Abandono del tratamiento

3.2.2. Definición conceptual de las variables

Factor de de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre el factor de riesgo más importante cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (OMS, 2010)

Abandono del tratamiento

«El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida

de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales», ha dicho el Dr. Derek Yach, Director Ejecutivo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Organización Mundial de la Salud (OMS). «Todas estas consecuencias directas alteran la capacidad de los sistemas de atención de salud de todo el mundo para lograr sus objetivos relacionados con la salud de la población.» (OMS, 2010)

3.2.3 Definición operacional de las variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
V. I. Factor de riesgo	Socio demográfico	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Nivel educativo - Estado civil - Tipo de vivienda - Migración
	Psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento al tratamiento - Apoyo familiar - Comportamiento de riesgo
	Institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a los establecimientos de salud - Horario de atención
V. D. Abandono del Tratamiento	Factor Personal	<ul style="list-style-type: none"> - Información de la enfermedad - Duración del tratamiento - Fases de su tratamiento - Molestias - Cumplimiento
	Factor Institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Trato del personal - Ubicación del establecimiento - Transporte utilizado - Visita domiciliaria

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo: La investigación es de tipo **cuantitativa**. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), refiere que los estudios de corte cuantitativo pretenden la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva. Su intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Trabajan fundamentalmente con el número, el dato cuantificable.

Nivel se trata de una Investigación **descriptiva**, porque se describieron los hechos tal como se presentan en la realidad.

4.2. DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO Y DISEÑO

Método: El presente estudio seleccionado para la investigación fue descriptivo y transversal.

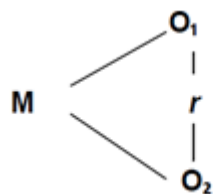
Descriptivo; porque, se describieron las variables tal como se presentan en la realidad.

Transversal; porque el estudio se llevó a cabo en un tiempo determinado que es durante el 1 semestre del año 2016 donde las variables fueron estudiadas en una sola oportunidad.

Diseño: La presente investigación reunió las características, por su carácter, de un diseño no experimental- correlacional, porque según lo manifestado por (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) por cuanto no se realiza manipulación deliberada de las variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables, transversal porque recopila datos en un solo momento dado, en un tiempo único y descriptivo por que intenta dar la descripción de un fenómeno en particular. (pp. 149-151)

Es correlacional por que busca definir la relación entre las variables de estudio.

En este sentido responde al siguiente Esquema:



Dónde:

M = Muestra.

O₁ = Variable 1

O_2 = Variable 2.

r = Relación de las variables de estudio.

4.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población

La población es un conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio. Según (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), "La población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación" (p.425).

La población estuvo constituida por 74 pacientes registrados que se encuentran en tratamiento de Tuberculosis pulmonar que asisten a primera y segunda fase en la Red De Salud San Román – Juliaca.

Muestra

Tamayo (1997), afirmó que la muestra "Es el conjunto de individuos que se coge de la población, para estudiar un fenómeno medible" (p. 45).

La muestra estuvo conformada por toda la población, en donde se estudió al total de la población.

n=74

Criterios de inclusión:

- Pacientes que viven en la ciudad de Juliaca.

- pacientes que reciben el tratamiento de TBC 1 y 2 fase en el centro de salud san Román – Juliaca
- Pacientes atendidos durante el año 2016.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no están en el programa de ESN TBC.
- Pacientes menores de edad que no cuenten con autorización de sus padres.
- Pacientes en tratamiento de TBC que son niños.
- Pacientes que pertenecen a otro centro de salud.

4.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente trabajo de investigación, se aplicaron los principios bioéticos que rigen al profesional de enfermería, que permitirán cumplir con el aspecto ético y moral de la investigación, que aseguren la honestidad, legalidad, conducta honorable, justa, solidaria y competente de la enfermera, proporcionándole una base para el razonamiento y orientación de sus acciones. Tales principios consisten en lo siguiente:

Confidencialidad. Es una norma moral por la que se debe respetar el derecho de la persona, que forma parte de la muestra, a que no se divulguen sus intimidades, razón por la que el cuestionario es de carácter anónimo.

Principio de Autonomía. Exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas que conforman la muestra de estudio, y su derecho a que se respete su voluntad (consentimiento informado) de participar o no en el proyecto de investigación.

Principio de no Maleficencia. Se refiere a no provocar daño alguno, lo cual explica que nuestra investigación no calificara a los sujetos participantes de la muestra, ni provocara acciones negativas hacia ellos.

Principio de Justicia. Se refiere principalmente a la justicia distributiva, en la cual se establecerá una distribución equitativa de las cargas y de los beneficios de la participación, tomándose en cuenta la protección adecuada y correcta de los derechos y el bienestar de las enfermeras y pacientes, o quienes sean los participantes que conforman la muestra de investigación.

Teniendo en cuenta los anteriores principios, además del consentimiento informado, confidencialidad y privacidad de las personas a ser evaluadas, éstas quedarán con libre albedrío para colaborar con el llenado del instrumento o instrumentos que se le administren. Se les explicará, también, acerca de que los datos obtenidos a través del llenado de los instrumentos son confidenciales, especificándoles que solo serán necesarios para tal fin por el que se realiza el trabajo de investigación. Asimismo, al término de la evaluación se procederá a realizar un análisis global de los resultados, respetándose la privacidad de los encuestados.

CAPÍTULO V

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica

En cuanto a la técnica para la medición de las variables se utilizó la encuesta, que según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), es una técnica basada en preguntas, a un número considerable de personas, utilizando cuestionarios, que mediante preguntas, efectuadas en forma personal, telefónica, o correo, permiten indagar las características, opiniones, costumbres, hábitos, gustos, conocimientos, modos y calidad de vida, situación ocupacional, cultural, etcétera, dentro de una comunidad determinada. (p. 165)

Instrumento

Un instrumento de medición es el recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Como instrumento se utilizó **un cuestionario**, elaborado y validado por la licenciada **Evelyn Dalens (2012)**, cuya estructura en 32 ítems; las preguntas del 1 al 19 midieron la variable Factores de Riesgo; y las preguntas de la 20 a la 32 midieron la Variable Abandono al Tratamiento.

Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento fue sometido, por la licenciada **Evelyn Dalens (2012)**, a **juicio de expertos conformado por siete profesionales** con experiencia en tuberculosis: cinco licenciadas en enfermería, una bióloga, y un médico, quienes dieron su aprobación en la aplicación del instrumento. Y con respecto a la confiabilidad se utilizó la prueba **Alfa de Cronbach**, lo cual indicó una confiabilidad alta del 0.838 siendo fiable para el presente estudio.

5.2 PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó el trámite administrativo entre la investigadora y la encargada de la ESN-PCT de la Redes San Román - Juliaca, obteniéndose la autorización y facilidades para la recolección de los datos.

Se aplicó el instrumento del estudio, respetando la privacidad del encuestado y siguiendo otros requerimientos. Luego, se registraron los datos de las tarjetas de control de los pacientes, acerca de la asistencia o abandono de las fases 1 y 2 del Esquema I.

Los datos recolectados fueron codificados, luego se elaboró la base de datos

Utilizando el programa estadístico IBM SPSS versión 22 en español.

El Análisis descriptivo, se realizó mediante la elaboración de tablas de frecuencias y porcentajes para cada variable y sus dimensiones.

Mientras que el Análisis inferencial, fue realizado mediante La contrastación de hipótesis utilizando para tal fin la correlación del Rho de Spearman, prueba estadística adecuada para establecer relaciones entre las variables; aceptándose la hipótesis de la investigación cuando el valor de significación bilateral (p) es menor de 0,05.

Con los datos obtenidos y utilizando el programa estadístico mencionado, y el programa Microsoft Excel 2013, se procedió a elaborar las tablas con sus respectivos gráficos, según lo establecido en los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Tabla N° 1

Distribución de datos de la variable factores de riesgos

Niveles	f	%
Alto	19	25,68
Medio	37	50,00
Bajo	18	24,32
Total	74	100,00

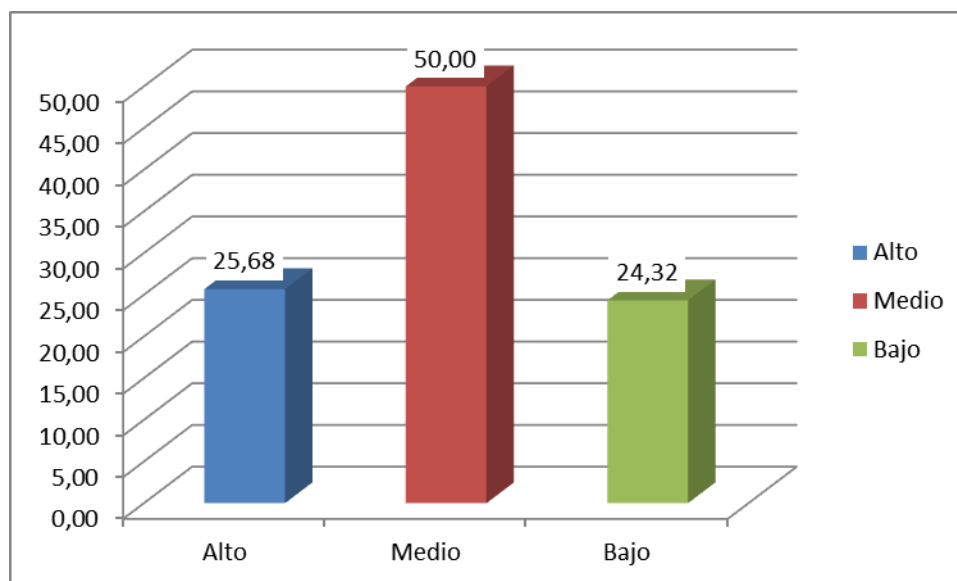


Figura 1: Niveles de la variable factor de riesgo

Interpretación:

Se observa en la tabla 1 y figura 1 que el 25,68% de los encuestados presentan un nivel alto de factor de riesgo, un 50,00% un nivel medio y un 24,32% un nivel bajo.

Tabla N° 2

Distribución de datos de la dimensión sociodemográfico

Niveles	f	%
Alto	28	37,84
Medio	33	44,59
Bajo	13	17,57
Total	74	100,00

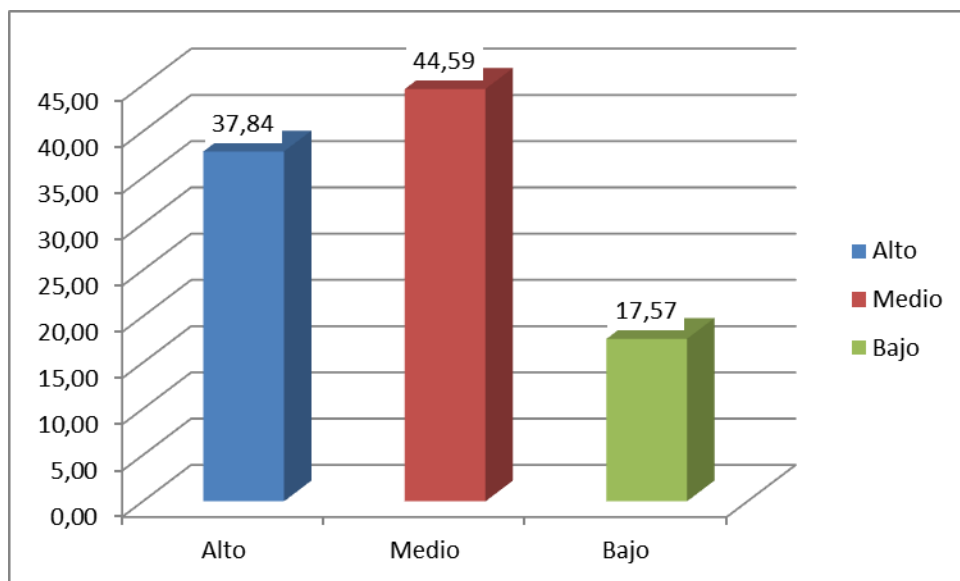


Figura 2: Niveles de la dimensión sociodemográfico

Interpretación:

Se observa en la tabla 2 y figura 2 que el 37,84% de los encuestados presentan un nivel alto de factor de riesgo en su dimensión sociodemográfica, un 44,59% un nivel medio y un 17,57% un nivel bajo.

Tabla N° 3

Distribución de datos de la dimensión psicosocial

Niveles	f	%
Alto	14	18,92
Medio	39	52,70
Bajo	21	28,38
Total	74	100,00

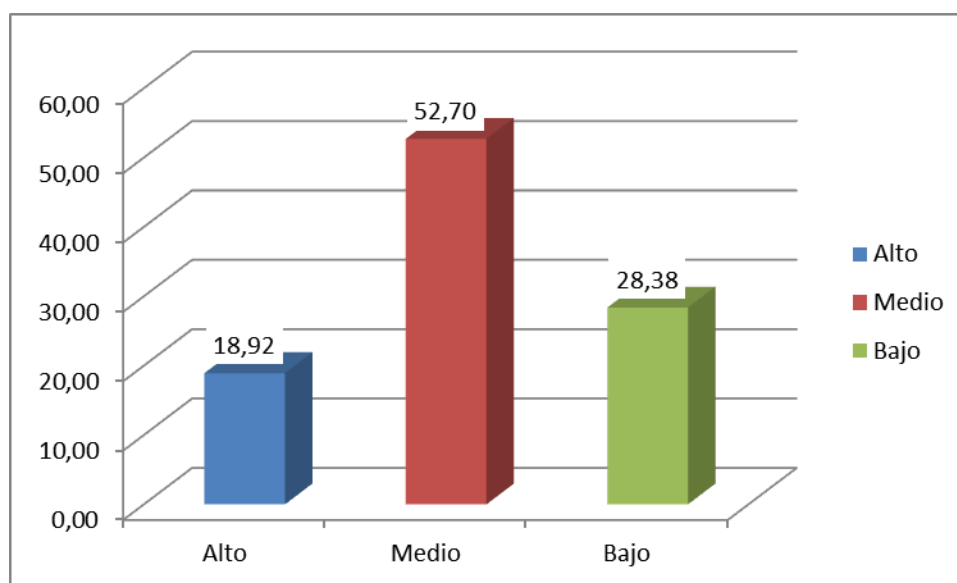


Figura 3: Niveles de la dimensión psicosocial

Interpretación:

Se observa en la tabla 3 y figura 3 que el 18,92% de los encuestados presentan un nivel alto de factor de riesgo en su dimensión psicosocial, un 52,70% un nivel medio y un 28,38% un nivel bajo.

Tabla N° 4

Distribución de datos de la dimensión institucional

Niveles	f	%
Alto	21	28,38
Medio	43	58,11
Bajo	10	13,51
Total	74	100,00

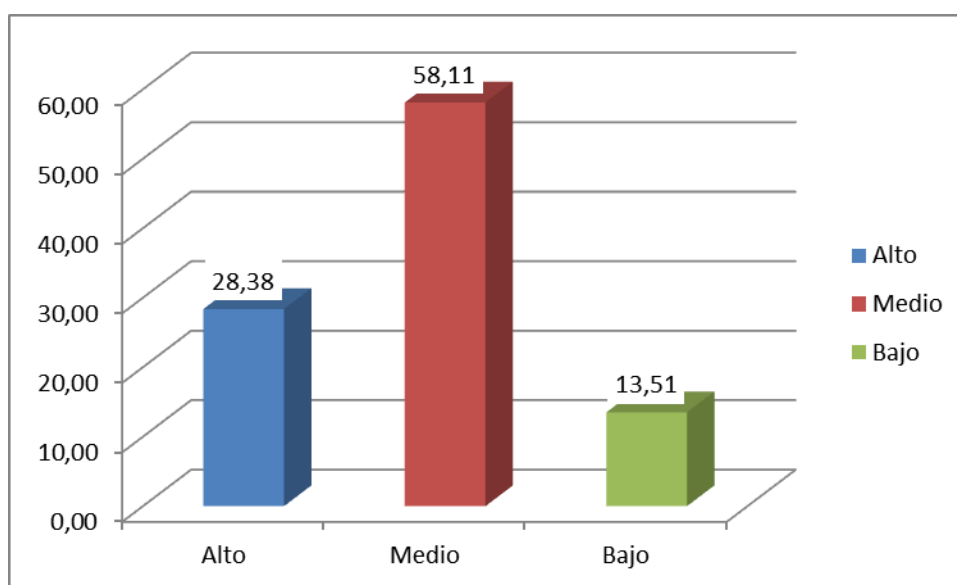


Figura 4: Niveles de la dimensión institucional

Interpretación:

Se observa en la tabla 4 y figura 4 que el 28,38% de los encuestados presentan un nivel alto de factor de riesgo en su dimensión institucional, un 58,11% un nivel medio y un 13,51% un nivel bajo.

Tabla N° 5

Distribución de datos del variable abandono del tratamiento

Niveles	F	%
Alto	26	35,14
Medio	34	45,95
Bajo	14	18,92
Total	74	100,00

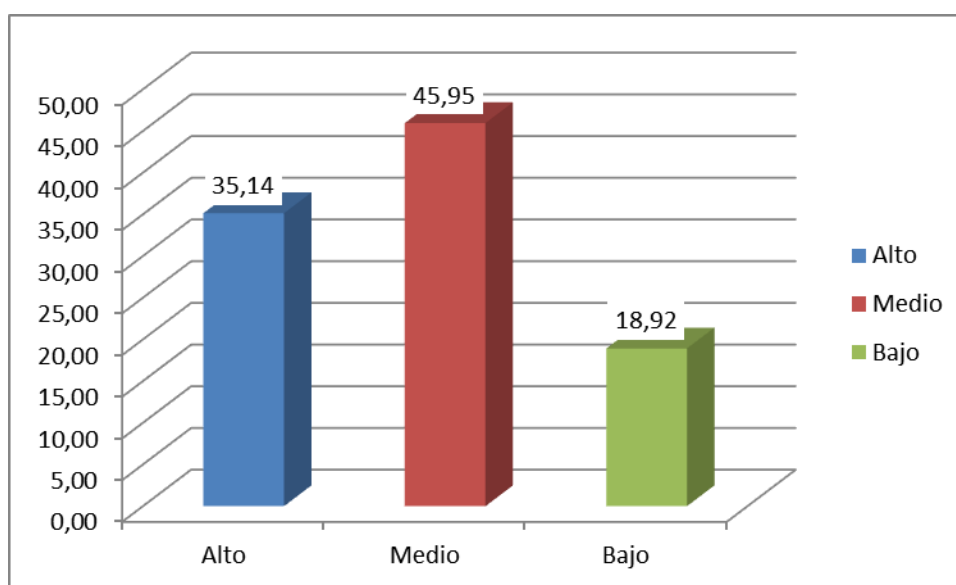


Figura 5: Niveles de la variable abandono del tratamiento

Interpretación:

Se observa en la tabla 5 y figura 5 que el 35,14% de los encuestados presentan un nivel alto de abandono del tratamiento, un 45,95% un nivel medio y un 18,92% un nivel bajo.

Tabla N° 6

Distribución de datos de la dimensión factor personal

Niveles	F	%
Alto	29	39,19
Medio	30	40,54
Bajo	15	20,27
Total	74	100,00

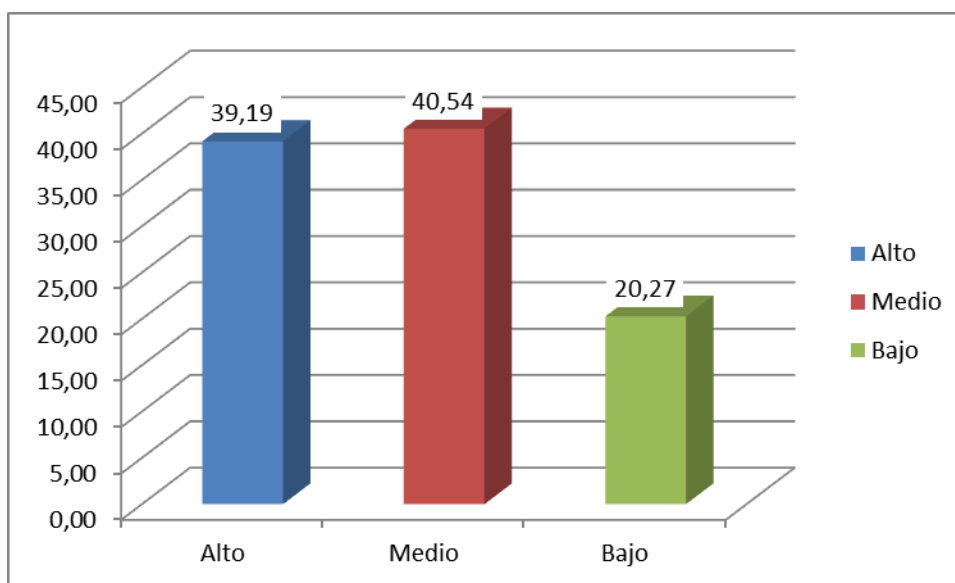


Figura 6: Niveles de la dimensión factor personal

Interpretación:

Se observa en la tabla 6 y figura 6 que el 39,19% de los encuestados presentan un nivel alto de abandono del tratamiento en su dimensión factor personal, un 40,54% un nivel medio y un 20,27% un nivel bajo.

Tabla N° 7

Distribución de datos de la dimensión factor institucional

Niveles	F	%
Alto	15	20,27
Medio	38	51,35
Bajo	21	28,38
Total	74	100,00

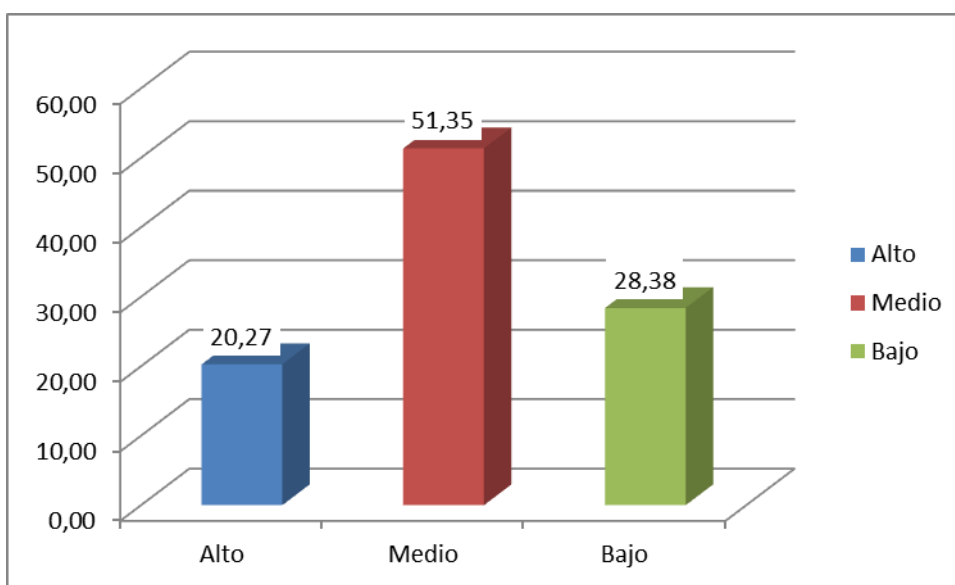


Figura 7: Niveles de la dimensión factor institucional

Interpretación:

Se observa en la tabla 7 y figura 7 que el 20,27% de los encuestados presentan un nivel alto de abandono del tratamiento en su dimensión factor institucional, un 51,35% un nivel medio y un 28,38% un nivel bajo.

Comprobación de hipótesis

Hipótesis general

H₀= El factor de riesgo no se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román – Juliaca año 2017.

H_G: El factor de riesgo se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes - Juliaca, año 2017.

Tabla N° 8

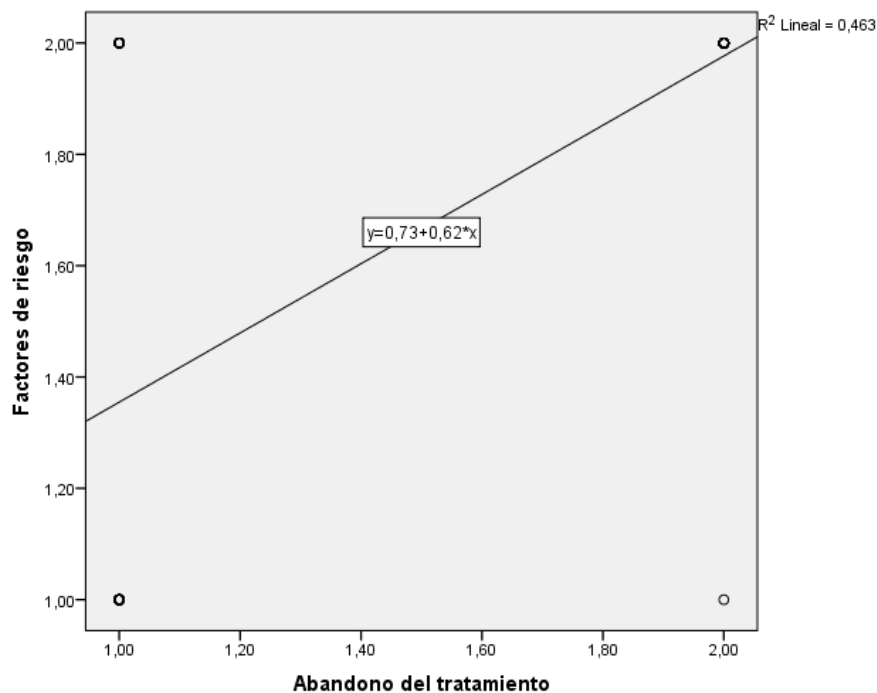
Prueba de correlación según Spearman entre los factor de riesgo y el abandono del tratamiento

				Factor de riesgo	Abandono del tratamiento
Rho de Spearman	Factores de riesgo	de	Coeficiente de correlación	1,000	,569**
			Sig. (bilateral)	.	,001
			N	74	74
	Abandono del tratamiento	del	Coeficiente de correlación	,569**	1,000
			Sig. (bilateral)	,001	.
			N	74	74

****.** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 8 la variable factor de riesgo está relacionado significativamente con la variable abandono del tratamiento, según la correlación de Spearman de 0.569 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.



Fik2gura 8: Dispersión entre el factor de riesgo y el abandono del tratamiento

Se puede observar que existe una correlación lineal positivamente entre el factor de riesgo y el abandono del tratamiento, lo cual significa que a medida que las puntuaciones en una variable se incrementan, estas van acompañadas de incrementos en la otra variable.

Hipótesis específica 1

H₀= El factor de riesgo socio demográfico no se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes - Juliaca, año 2017.

H.E.1: El factor de riesgo socio demográfico se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román - Juliaca, año 2017.

Tabla N° 9

Prueba de correlación según Spearman entre riesgo sociodemográfico y el abandono del tratamiento

	Riesgo sociodemográfico	Abandono del tratamiento
Rho de Spearman	1,000	,476**
	Sig. (bilateral)	,001
	N	74
Abandono del tratamiento	Coeficiente de correlación	,476**
	Sig. (bilateral)	,001
	N	74

****.** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 9 el riesgo sociodemográfico está relacionada positivamente con la variable abandono del tratamiento, según la correlación de Spearman de 0.476 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.

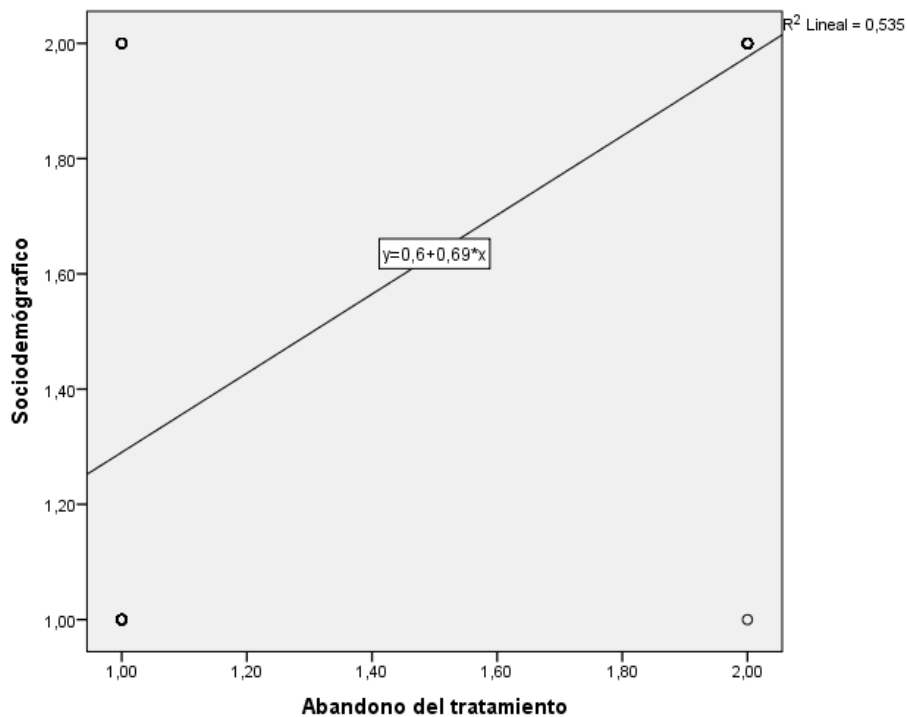


Figura 9: Dispersión entre los riesgos sociodemográficos y el abandono del tratamiento

Se puede observar que existe una correlación lineal significativamente entre los riesgos sociodemográficos y el abandono del tratamiento, lo cual significa que a medida que las puntuaciones en una variable se incrementan, estas van acompañadas de incrementos en la otra variable.

Hipótesis específica 2

H₀= El factor de riesgo psicosocial no se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes - Juliaca, año 2017.

H.E.2: El factor de riesgo psicosocial se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes - Juliaca, año 2017.

Tabla N°10
Prueba de correlación según Spearman entre riesgo psicosocial y el abandono del tratamiento

			Riesgo psicosocial	Abandono del tratamiento
Rho de Spearman	Riesgo psicosocial	Coeficiente de correlación	1,000	,499**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	74	74
	Abandono del tratamiento	Coeficiente de correlación	,499**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	74	74

****.** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 10 el riesgo psicosocial está relacionado significativamente con la variable abandono del tratamiento, según la correlación de Spearman de 0.499 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.

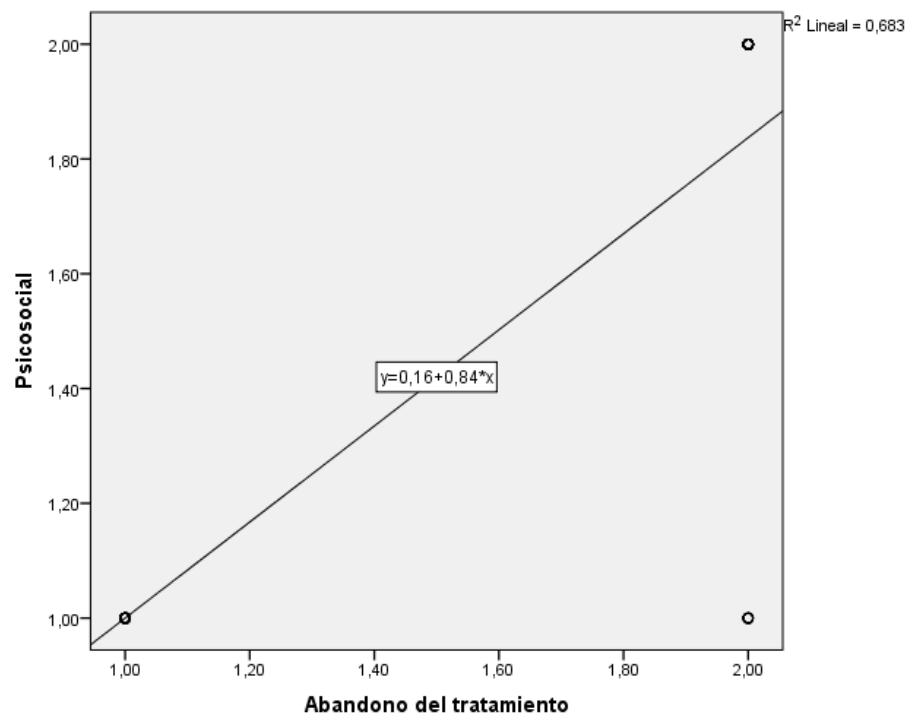


Figura 10: Dispersión entre el riesgo psicosocial y el abandono del tratamiento

Se puede observar que existe una correlación lineal positivamente entre el riesgo psicosocial y el abandono del tratamiento, lo cual significa que a medida que las puntuaciones en una variable se incrementan, estas van acompañadas de incrementos en la otra variable.

Hipótesis específica 3

H₀= El factor de riesgo institucional no se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes san Román - Juliaca, año 2017.

H_{E.3}: El factor de riesgo institucional se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redes San Román - Juliaca, año 2017.

Tabla N° 11

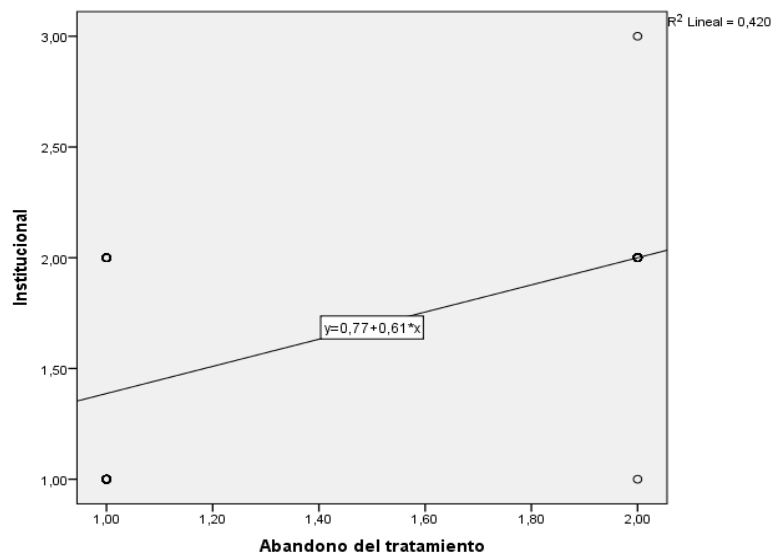
Prueba de correlación según Spearman entre riesgo institucional y el abandono del tratamiento

		Riesgo institucional	Abandono del tratamiento
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	,533**
	Sig. (bilateral)	.	,001
	N	74	74
Abandono del tratamiento	Coeficiente de correlación	,533**	1,000
	Sig. (bilateral)	,001	.
	N	74	74

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 11 el riesgo institucional está relacionado significativamente con la variable abandono del tratamiento, según la correlación de Spearman de 0.533 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 3 y se rechaza la hipótesis nula.



K2

Figura 11: Dispersión entre los riesgo institucional y el abandono del tratamiento

Se puede observar que existe una correlación lineal significativamente entre el riesgo institucional y el abandono del tratamiento, lo cual significa que a medida que las puntuaciones en una variable se incrementan, estas van acompañadas de incrementos en la otra variable.

ANÁLISIS DE DATOS DE OBJETIVOS.

Analizamos el **primer objetivo** del trabajo de investigación: Determinar en qué medida el factor de riesgo sociodemográfico se relaciona con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017, siendo sus indicadores: edad, sexo, nivel educativo, estado civil, tipo de vivienda, migración.

TABLA N° 01

Edad relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017.

Edad	Incumplimiento del tratamiento						Total	
	Incumplimiento en la 1ra fase		Incumplimiento en la 2da fase		Tratamiento regular			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 20 a 29 años	12	16.22	3	4.05	0	0.00	15	20.27
De 30 a 39 años	29	39.19	7	9.46	5	6.76	41	55.41
De 40 a más años	6	8.11	2	2.70	10	13.51	18	24.32
Total:	47	63.51	12	16.22	15	20.27	74	100.00

Fuente.- Resultados del trabajo de investigación.

$$X^2_c = 19,415$$

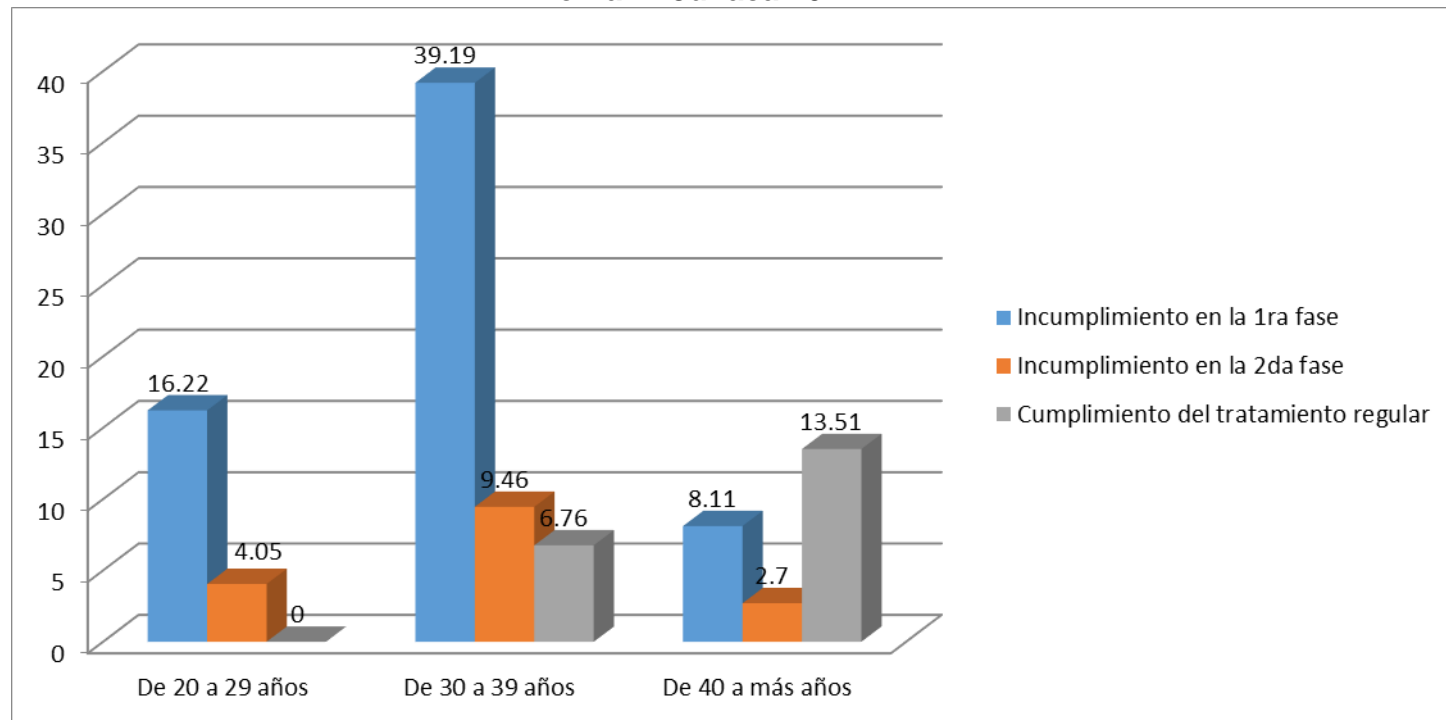
$$X^2_t = 9,488$$

$$G_I = 4$$

$$P = 0,001$$

GRAFICO N° 01

Edad relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017



Fuente: Tabla N° 01.

Siendo el **primer indicador** edad del paciente, donde observamos que el 55,41% tienen de 30 a 39 años de edad, seguido de un 24,32% tienen de 40 años a más, y un 20,27% son de 20 a 29 años de edad.

Del grupo de pacientes de 30 a 39 años de edad un 39,19% incumplieron en la 1ra fase de tratamiento, seguido del grupo de pacientes de 20 a 29 años de edad un 16,22% incumplieron en la 1ra fase de tratamiento, y del grupo de 30 a 39 años de edad un 9,46% incumplieron en la 2da fase de tratamiento.

A la prueba estadística al 5% de margen de error y 95% de certeza, para 4 grados de libertad se tuvo una $X^2_c = 19,415$ mayor que la $X^2_t = 9,488$ con un nivel de significancia de $P = 0,001$; con lo que determinamos que el indicador edad del paciente está relacionada con el riesgo en el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, en la Redes San Román - Juliaca en 2017 (tabla N° 01)

TABLA N° 02

Sexo relacionado con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017.

Sexo	Incumplimiento del tratamiento						Total	
	Incumplimiento en la 1ra fase		Incumplimiento en la 2da fase		Tratamiento regular			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	1	1.35	0	0.00	9	12.16	10	13.51
Masculino	46	62.16	12	16.22	6	8.11	64	86.49
Total:	47	63.51	12	16.22	15	20.27	74	100.00

Fuente.- Resultados del trabajo de investigación.

$$X^2_c = 34,823$$

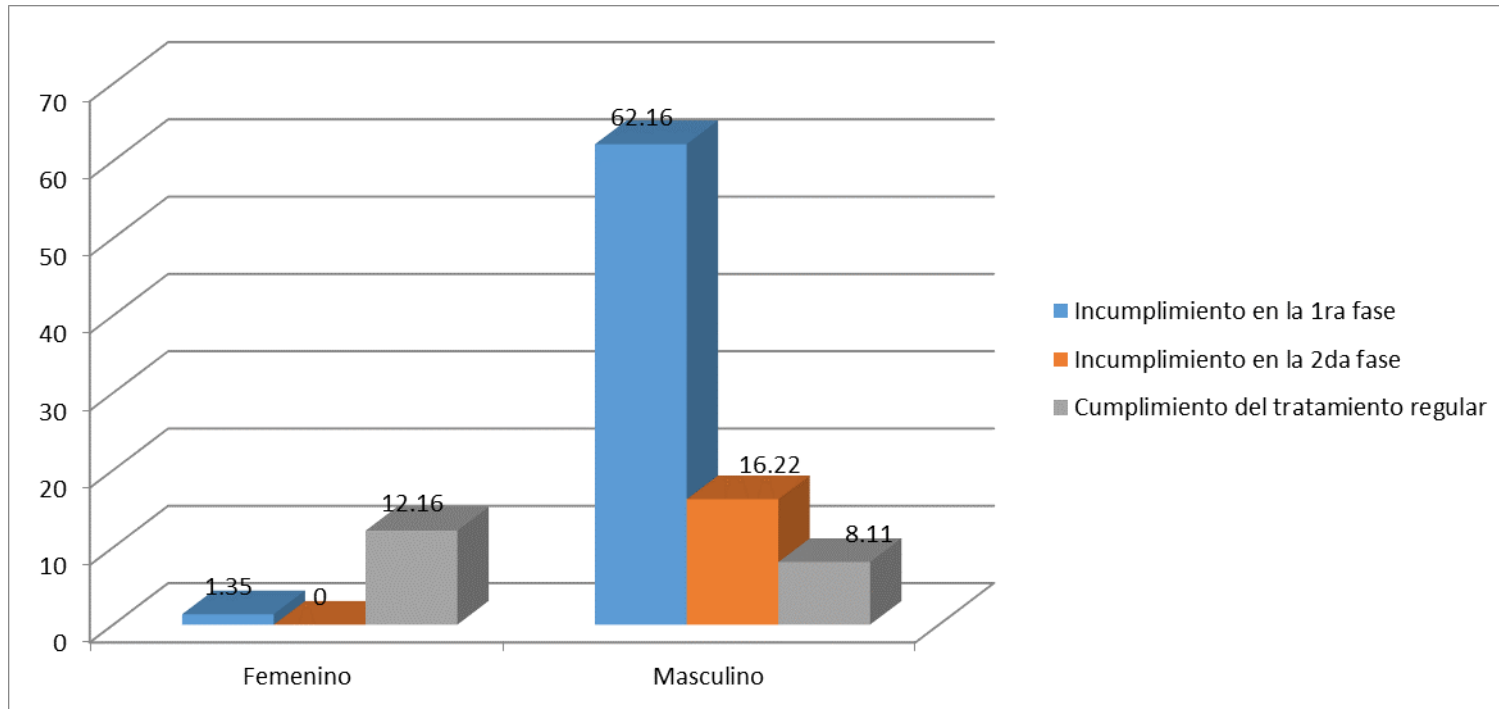
$$X^2_t = 5,991$$

$$G_I = 2$$

$$P = 0,000$$

GRAFICO N° 02

Sexo relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017



Fuente: Tabla N° 02.

Siendo el **segundo indicador** sexo del paciente, donde observamos que el 86,49% son de sexo masculino, seguido de un 13,51% son de sexo femenino.

Del grupo de pacientes de sexo masculino un 62,16% incumplieron en la 1ra fase de tratamiento, seguido del mismo grupo un 16,22% incumplieron en la 2da fase de tratamiento, y del grupo de sexo femenino un 12,16% incumplieron en la 2da fase de tratamiento.

A la prueba estadística al 5% de margen de error y 95% de certeza, para 4 grados de libertad se tuvo una $X^2_c = 34,823$ mayor que la $X^2_t = 5,991$ con un nivel de significancia de $P=0,000$; con lo que determinamos que el indicador sexo del paciente está relacionada con el riesgo en el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, en la Redes San Román - Juliaca en 2017 (tabla N° 02)

TABLA N° 03

Nivel educativo relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017.

Nivel educativo	Incumplimiento del tratamiento						Total	
	Incumplimiento en la 1ra fase		Incumplimiento en la 2da fase		Tratamiento regular			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	26	35.14	6	8.11	0	0.00	32	43.24
Secundaria	21	28.38	6	8.11	6	8.11	33	44.59
Superior	0	0.00	0	0.00	9	12.16	9	12.16
Total:	47	63.51	12	16.22	15	20.27	74	100.00

Fuente.- Resultados del trabajo de investigación.

$$X^2_c = 43,748$$

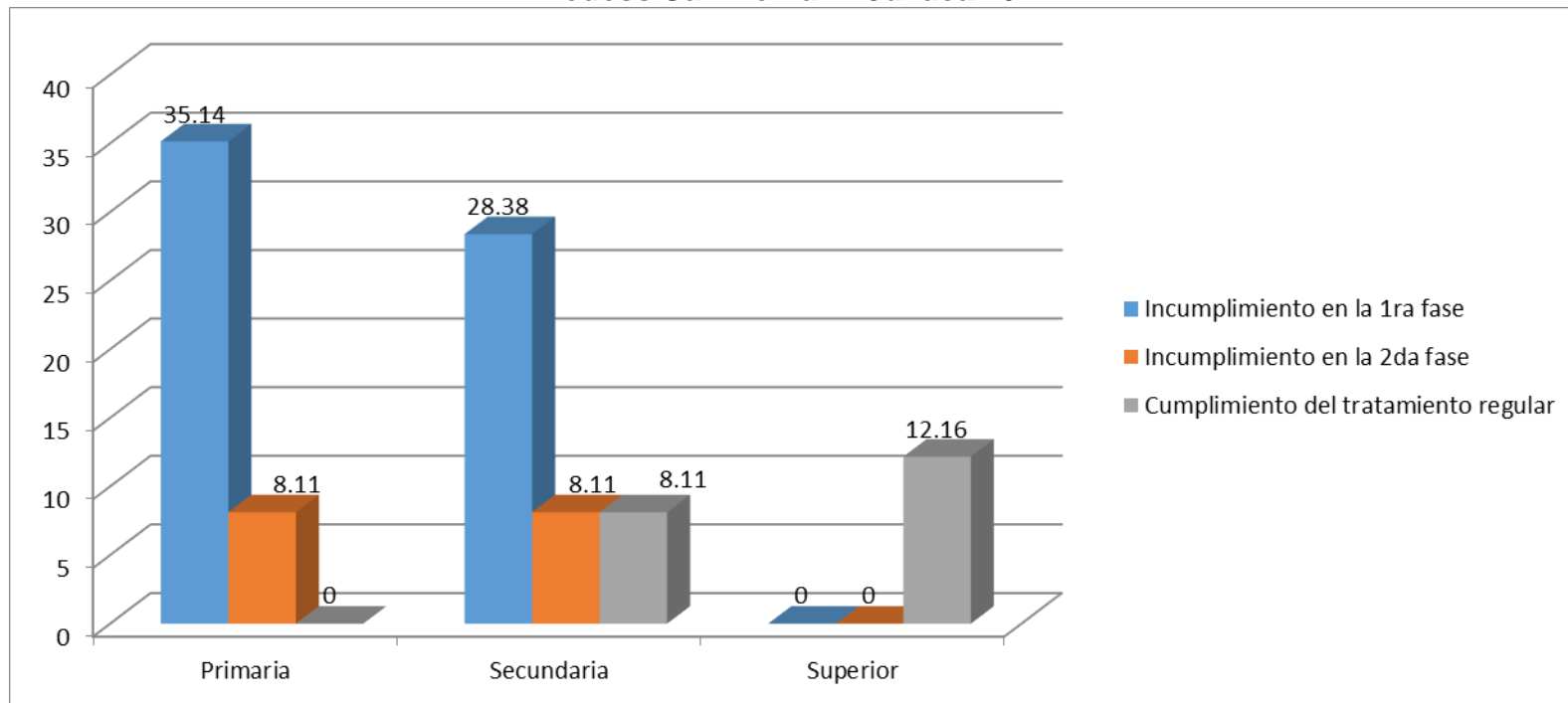
$$X^2_t = 9,488$$

$$G = 4$$

$$P = 0,000$$

GRAFICO N° 03

Nivel educativo relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redess San Román - Juliaca 2017



Fuente: Tabla N° 03

Siendo el **tercer indicador** nivel educativo del paciente, donde observamos que el 44,59% tienen instrucción secundaria, seguido de un 43,24% tuvieron instrucción primaria, y un 12,16% tuvieron instrucción superior.

Del grupo de pacientes que tuvieron instrucción primaria un 35,14% incumplieron en la 1ra fase de tratamiento, seguido del grupo con instrucción secundaria un 28,38% incumplieron en la primera fase de tratamiento, y del grupo con instrucción superior un 12,16% incumplieron su tratamiento fue regular.

A la prueba estadística al 5% de margen de error y 95% de certeza, para 4 grados de libertad se tuvo una $X^2_c = 43,748$ mayor que la $X^2_t = 9,488$ con un nivel de significancia de $P = 0,000$; determinamos que el indicador nivel educativo del paciente está relacionada con el riesgo en el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, en la Redes San Román - Juliaca en 2017 (tabla N° 03)

TABLA N° 04

Estado civil educativa relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017.

Estado civil	Incumplimiento del tratamiento						Total	
	Incumplimiento en la 1ra fase		Incumplimiento en la 2da fase		Tratamiento regular			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero (a)	5	6.76	1	1.35	0	0.00	6	8.11
Casado (a)	7	9.46	3	4.05	6	8.11	16	21.62
Conviviente	35	47.30	8	10.81	1	1.35	44	59.46
Separado (a)	0	0.00	0	0.00	8	10.81	8	10.81
Total:	47	63.51	12	16.22	15	20.27	74	100.00

Fuente.- Resultados del trabajo de investigación.

$$X^2_c = 45,362$$

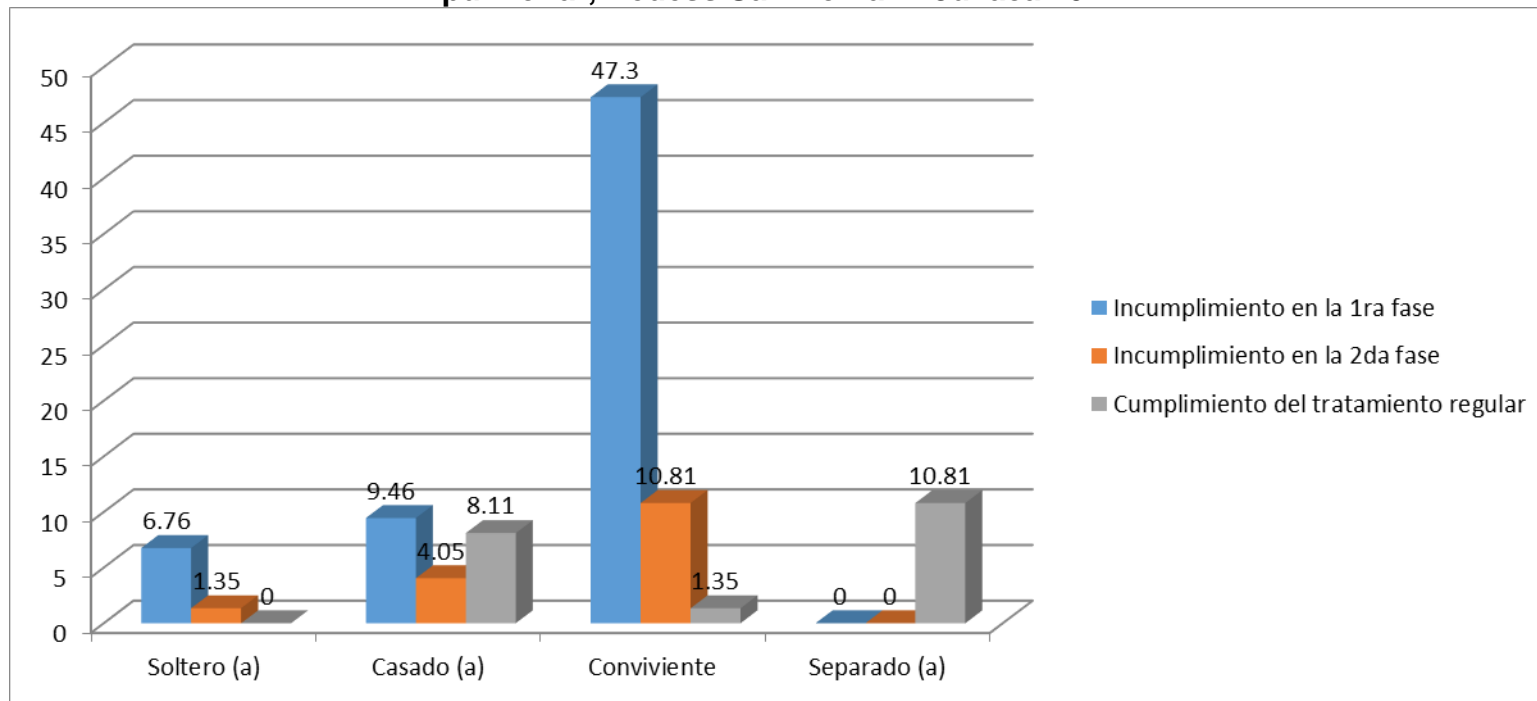
$$X^2_t = 12,592$$

$$G = 6$$

$$P = 0,000$$

GRAFICO N° 04

Estado civil educativo relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redess San Román - Juliaca 2017



Fuente: Tabla N° 04.

Siendo el **cuarto indicador** estado civil del paciente, donde observamos que el 59,46% es conviviente, seguido de un 21,62% son casados(a), un 10,81% están separados, y un 8,11% están solteros (as).

Del grupo de pacientes que son convivientes un 47,30% incumplieron en la 1ra fase de tratamiento, seguido del mismo grupo un 10,81% incumplieron en la segunda fase de tratamiento, y del grupo de separados un 10,81% cumplieron su tratamiento de manera regular.

A la prueba estadística al 5% de margen de error y 95% de certeza, para 6 grados de libertad se tuvo una $X^2_c = 45,362$ mayor que la $X^2_t = 12,592$ con un nivel de significancia de $P=0,000$; determinamos que el indicador estado civil del paciente está relacionada con el riesgo en el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, en la Redes San Román - Juliaca en 2017 (tabla N° 04)

TABLA N° 05

Tipo de vivienda relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redess San Román - Juliaca 2017.

Tipo de vivienda	Incumplimiento del tratamiento						Total	
	Incumplimiento en la 1ra fase		Incumplimiento en la 2da fase		Tratamiento regular			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Propia	9	12.16	2	2.70	8	10.81	19	25.68
Alquilada	38	51.35	10	13.51	5	6.76	53	71.62
Cuidante	0	0.00	0	0.00	2	2.70	2	2.70
Total:	47	63.51	12	16.22	15	20.27	74	100.00

Fuente.- Resultados del trabajo de investigación.

$$X^2_c = 17,354$$

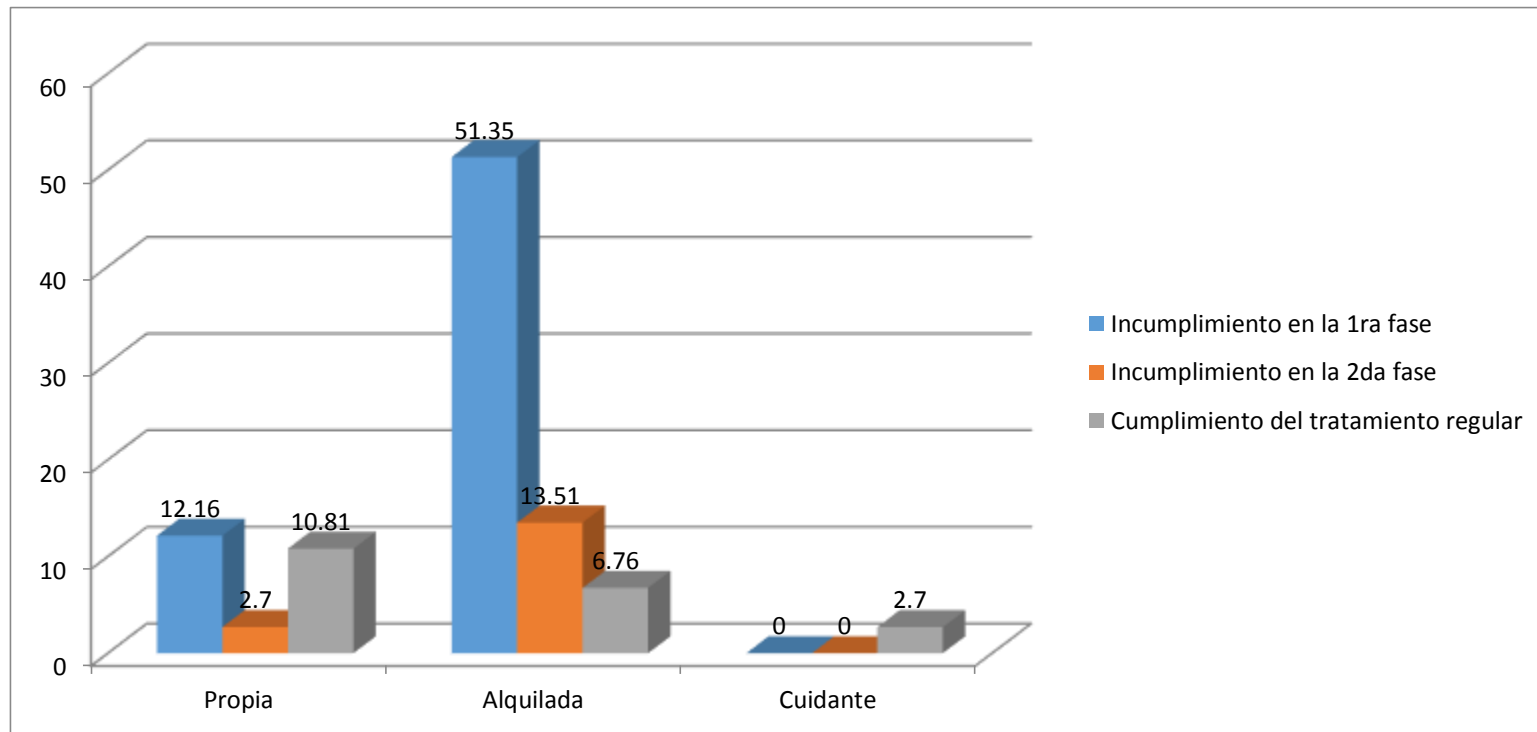
$$X^2_t = 9,488$$

$$G| = 4$$

$$P = 0,002$$

GRAFICO N° 05

Tipo de vivienda relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017



Fuente: Tabla N° 05

Siendo el **quinto indicador** tipo de vivienda, donde observamos que el 71,62% viven en condición de alquilada, seguido de un 25,68% viven en casa propia, un 2,70% viven en condición de cuidante.

Del grupo que viven en condición de alquilada un 51,35% incumplieron en la 1ra fase de tratamiento, seguido del mismo grupo un 13,51% incumplieron en la segunda fase de tratamiento, y del grupo que viven en condición de casa propia un 12,16% incumplieron en la primera fase.

A la prueba estadística al 5% de margen de error y 95% de certeza, para 4 grados de libertad se tuvo una $X^2_c = 17,354$ mayor que la $X^2_t = 9,488$ con un nivel de significancia de $P=0,002$; determinamos que el indicador tipo de vivienda está relacionada con el riesgo en el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, en la Redess San Román - Juliaca en 2017

TABLA N° 06

Migración relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017.

Migración	Incumplimiento del tratamiento						Total	
	Incumplimiento en la 1ra fase		Incumplimiento en la 2da fase		Tratamiento regular			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Urbana	27	36.49	4	5.41	12	16.22	43	58.11
Rural	20	27.03	8	10.81	3	4.05	31	41.89
Total:	47	63.51	12	16.22	15	20.27	74	100.00

Fuente.- Resultados del trabajo de investigación.

$$X^2_c = 5,987$$

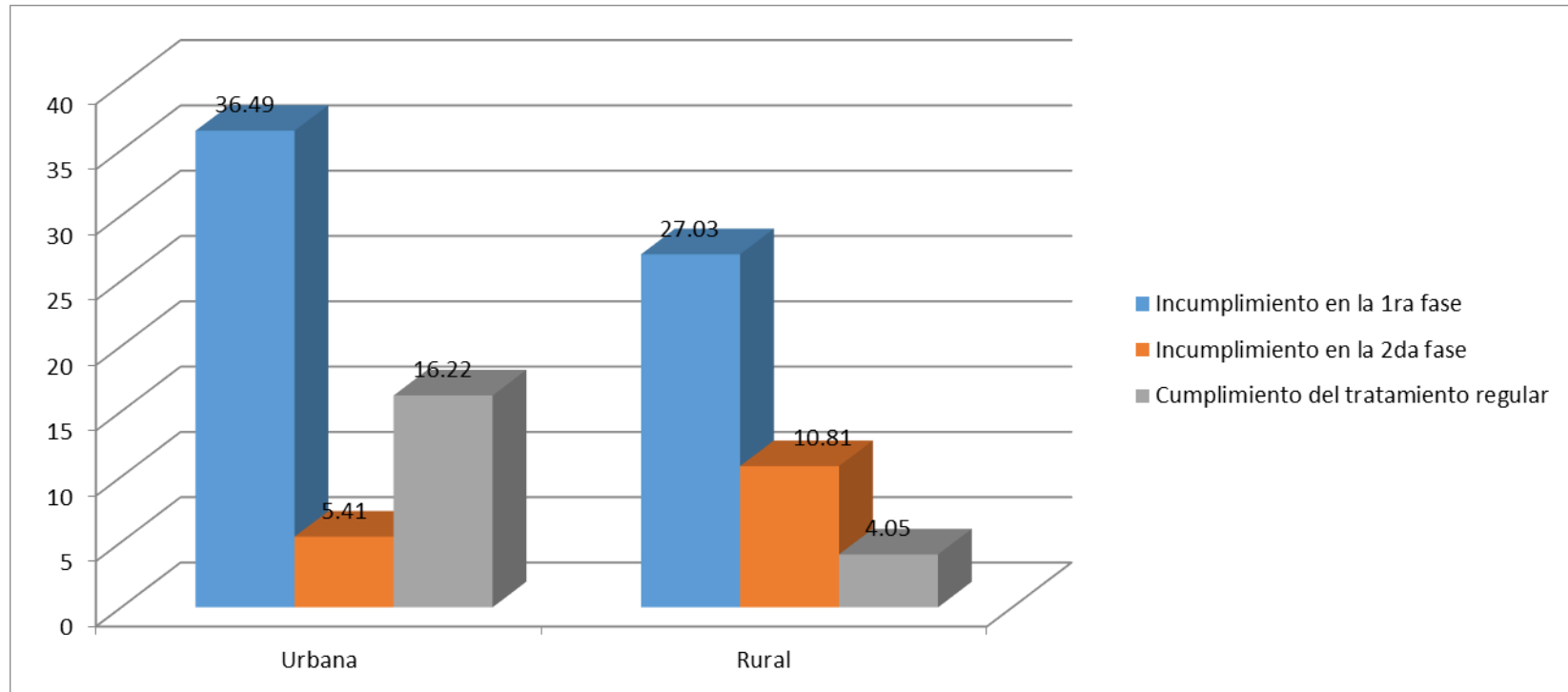
$$X^2_t = 5,991$$

$$G I = 2$$

$$P = 0,050$$

GRAFICO N° 06

Migración relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017



Fuente: tabla N° 06

Analizamos el **tercer indicador** migración, donde observamos que el 58,11% proviene de la zona urbana, seguido de un 41,89% proviene de zona rural.

Del grupo que procede de zona urbana un 36,49% incumplieron en la primera fase, del grupo que procede del área rural un 27,03% incumplieron en la primera fase de tratamiento, y del grupo que tienen procedencia urbana un 16,22% con tratamiento regular.

A la prueba estadística al 5% de margen de error y 95% de certeza, para 2 grados de libertad se tuvo una $X^2_c = 5,987$ mayor que la $X^2_t = 5,991$ con un nivel de significancia de $P = 0,050$; determinamos que el indicador migración está relacionada con el riesgo en el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, en la Redes San Román - Juliaca en 2017 (tabla N° 09)

ABLA N° 7

Trato que recibe del personal relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redess San Román - Juliaca 2017.

Trato que recibe del personal	Incumplimiento del tratamiento						Total	
	Incumplimiento en la 1ra fase		Incumplimiento en la 2da fase		Tratamiento regular			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adecuado	2	2.70	5	6.76	14	18.92	21	28.38
Inadecuado	45	60.81	7	9.46	1	1.35	53	71.62
Total:	47	63.51	12	16.22	15	20.27	74	100.00

Fuente.- Resultados del trabajo de investigación.

$$X^2_c = 45,635$$

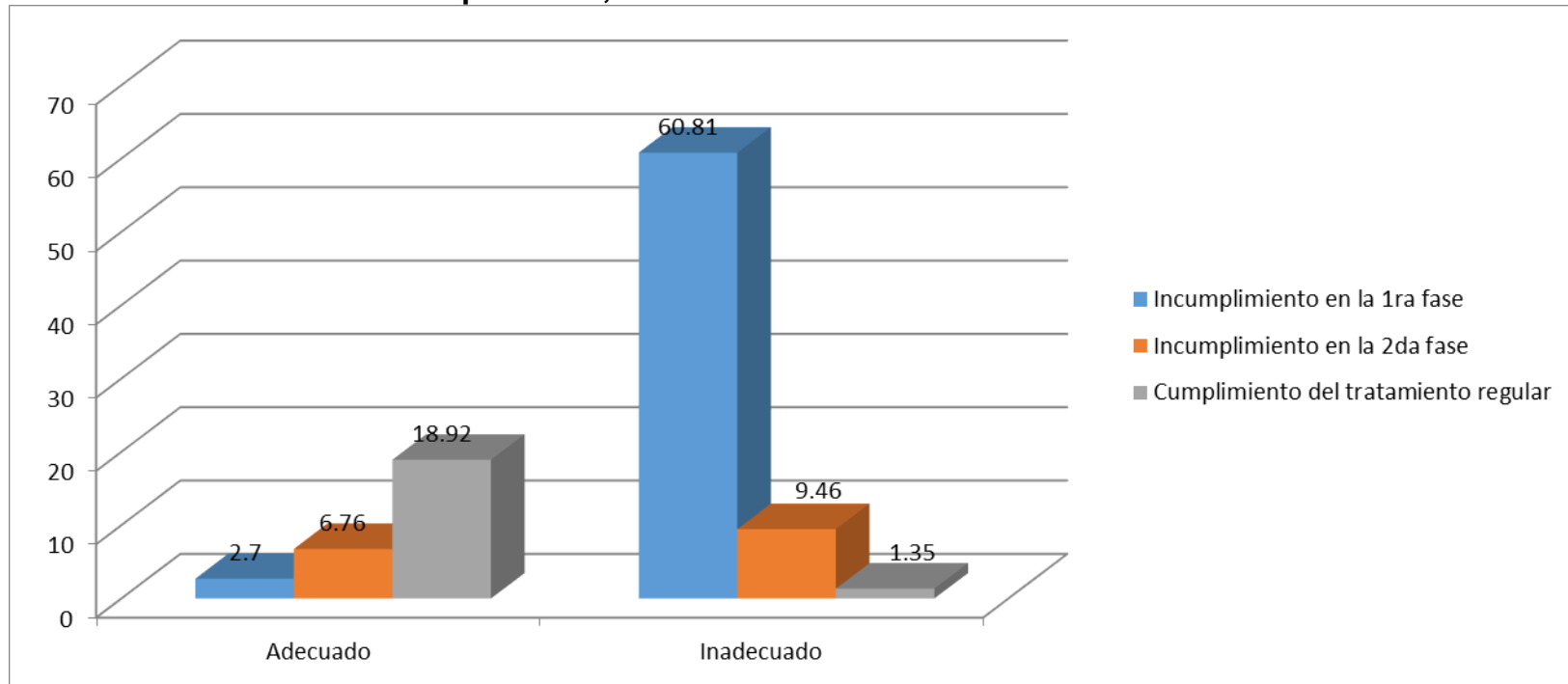
$$X^2_t = 5,991$$

$$G_I = 2$$

$$P = 0,000$$

GRAFICO N° 7

Trato que recibe del personal relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redess San Román - Juliaca 2017.



Fuente: Tabla N° 7.

Analizamos el **tercer objetivo** del trabajo de investigación: Precisar el factor institucional se relaciona con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca año 2017, siendo sus indicadores: trato inadecuado acceso a los establecimientos de salud, horario de atención impuesto por el establecimiento de salud.

Siendo el **primer indicador** trato que recibe el personal, donde observamos que el 71,62% no es adecuado al horario de los pacientes de salud, es inadecuado, seguido de un 28,38% recibe un trato adecuado.

Del grupo de pacientes que recibe un trato inadecuado por parte del personal un 60,81% incumplieron en la 1ra fase de tratamiento, seguido del grupo de pacientes que reciben un trato adecuado un 18,92% con tratamiento regular, y del grupo que recibieron un trato inadecuado por el personal un 9,46% tuvieron incumplimiento en la 2da fase de tratamiento.

A la prueba estadística al 5% de margen de error y 95% de certeza, para 2 grados de libertad se tuvo una $X^2_c = 45,635$ mayor que la $X^2_t = 5,991$ con un nivel de significancia de $P = 0,000$; con lo que determinamos el horario de atención está relacionada con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, en la Redes San Román - Juliaca en el 2017.

TABLA N° 8

Acceso a los establecimientos relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017.

Acceso a los establecimientos	Incumplimiento del tratamiento						Total	
	Incumplimiento en la 1ra fase		Incumplimiento en la 2da fase		Tratamiento regular			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Vive cerca del establecimiento	3	4.05	0	0.00	12	16.22	15	20.27
Vive algo lejos del establecimiento	32	43.24	10	13.51	3	4.05	45	60.81
Vive muy lejos del establecimiento	12	16.22	2	2.70	0	0.00	14	18.92
Total:	47	63.51	12	16.22	15	20.27	74	100.00

Fuente.- Resultados del trabajo de investigación.

$$X^2_c = 42,779$$

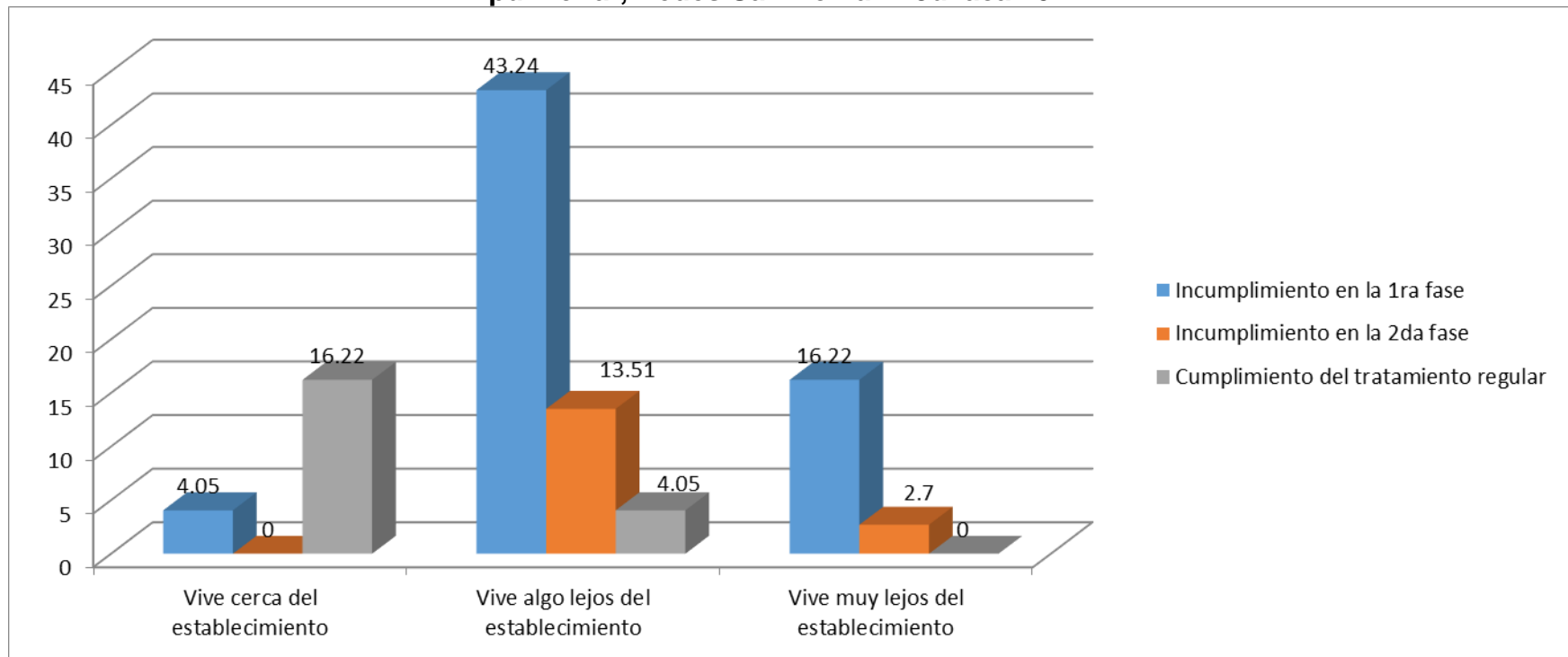
$$X^2_t = 9,488$$

$$G_I = 4$$

$$P = 0,000$$

GRAFICO N° 8

Acceso a los establecimientos relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017.



Fuente: tabla N° 8

Analizamos el **segundo indicador** acceso a los establecimientos, donde observamos que el 60,81% vive algo lejos del establecimiento, seguido de un 20,27% vive cerca del establecimiento, y un 18,92% vive muy lejos del establecimiento de salud.

Del grupo de pacientes que vive algo lejos del establecimiento un 43,24% incumplieron en la 1ra fase de tratamiento, seguido del grupo de pacientes que vive cerca del establecimiento de salud un 16,22% con tratamiento regular, y del grupo que vive muy lejos del establecimiento un 16,22% incumplieron en la primera fase de tratamiento.

A la prueba estadística al 5% de margen de error y 95% de certeza, para 4 grados de libertad se tuvo una $X^2_c = 42,779$ mayor que la $X^2_t = 9,488$ con un nivel de significancia de $P = 0,000$; con lo que determinamos que el indicador acceso a los establecimientos de salud está relacionada con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, en la Redes San Román de la ciudad de Juliaca en el 2017 (tabla N° 7)

TABLA N° 9

Horario en los establecimientos relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017.

Horario en los establecimientos	Incumplimiento del tratamiento						Total	
	Incumplimiento en la 1ra fase		Incumplimiento en la 2da fase		Tratamiento regular			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No se adecua al horario del paciente	43	58.11	10	13.51	0	0.00	53	71.62
Es adecuada al horario del paciente	0	0.00	0	0.00	15	20.27	15	20.27
No es flexible al horario del paciente	4	5.41	2	2.70	0	0.00	6	8.11
Total:	47	63.51	12	16.22	15	20.27	74	100.00

Fuente.- Resultados del trabajo de investigación.

$$X^2_c = 74,873$$

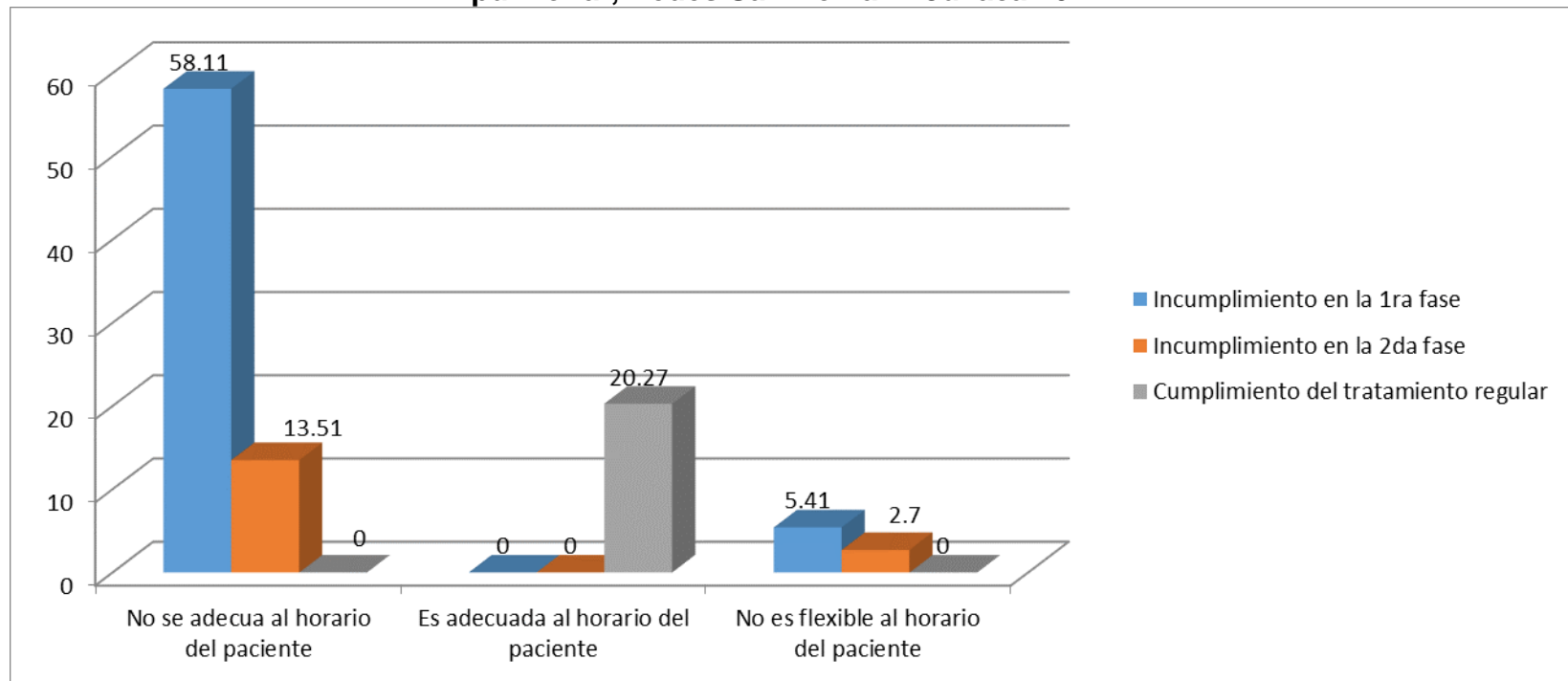
$$X^2_t = 9,488$$

$$G_I = 4$$

$$P = 0,000$$

GRAFICO N° 9

Horario en los establecimientos relacionada con el riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017.



Fuente: Tabla N° 9

Analizamos el **tercer indicador** horario en los establecimientos, donde observamos que el 71,62% no se adecua al horario del paciente, seguido de un 20,27% es adecuada al horario del paciente, y un 8,11% no es flexible al horario del paciente.

Del grupo de pacientes que refiere que el horario no se adecua al horario del paciente un 58,11% incumplieron en la 1ra fase de tratamiento, seguido del grupo de pacientes que refiere que el horario es adecuada al paciente un 20,27% con tratamiento regular, y del grupo que refiere que el horario no se adecua al paciente un 13,51% incumplieron en la segunda fase de tratamiento.

A la prueba estadística al 5% de margen de error y 95% de certeza, para 4 grados de libertad se tuvo una $X^2_c = 74,873$ mayor que la $X^2_t = 9,488$ con un nivel de significancia de $P=0,000$; con lo que determinamos que el indicador horario en los establecimientos de salud está relacionada con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, en la Redes San Román de la ciudad de Juliaca en el 2017 (tabla 8)

TABLA N° 10

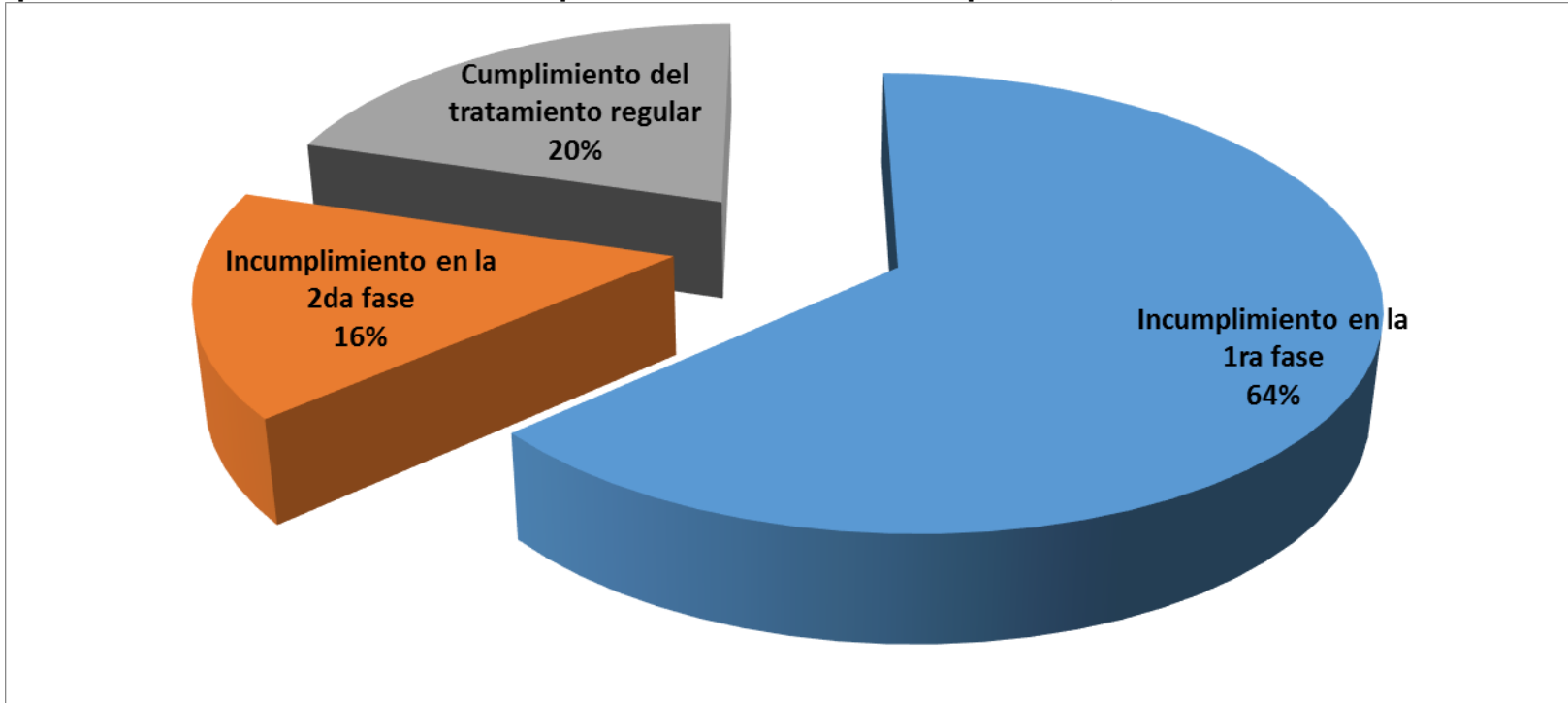
Riesgos para el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017.

	N°	%
Incumplimiento en la 1ra fase	47	63.51
Incumplimiento en la 2da fase	12	16.22
Cumplimiento del tratamiento regular	15	20.27
Total:	74	100.00

Fuente.- Resultados del trabajo de investigación.

GRAFICO N° 10

Riesgos para el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Redes San Román - Juliaca 2017.



6.2. DISCUSIÓN

1.- Rodríguez A. E. (2014) como se puede observar a través de los resultados en la tabla 6 y figura 6 de la dimensión de factor personal que el 39,19 % presentan un nivel alto de abandono del tratamiento en su dimensión factor personal un 40,54 % un nivel medio y un 20,27 % nivel bajo y en la tabla 8 la variable factor de riesgo está relacionada positivamente con la variable abandono del tratamiento según la correlación de Spearman de 0,569 como moderado con significancia estadística de $p = 0,001$ siendo menor que el 0,05. Por lo tanto se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula evidenciándose una similitud en el estudio presentado por Rodríguez 2014 en Colombia realizó un estudio de investigación titulado, “Adherencia a la Terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali”; investigación que tuvo como objetivo determinar la prevalencia del incumplimiento o no de adherencia al tratamiento farmacológico y la asociación de esta con los factores determinantes intrínsecos y extrínsecos de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud “Manuela Beltrán”. La adherencia terapéutica se determinó por medio del test validado de Morisky-Green-Levine y la asociación mediante el test Chi-cuadrado de independencia y test exacto de Fisher; los factores considerados estadísticamente significativos son aquellos que presentaron un valor $p < 0,05$. El incumplimiento terapéutico de los pacientes fue del 81,8% (IC95% 70 – 94%). De los factores, los únicos que tuvieron una asociación estadísticamente significativa son los

relacionados con el equipo de asistencia sanitaria, entre estos las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico entregadas por el servicio farmacéutico y la receptividad del médico tratante respecto a las dudas y comentarios del paciente (valor de $p = 0,029$ y $0,004$, respectivamente). La prevalencia del incumplimiento de la terapia farmacológica de los pacientes fue muy elevada y los factores asociados relacionados con la atención y la calidad de los servicios prestados por el equipo de salud impactan en la motivación, confianza y uso del tratamiento farmacológico. Donde se observa que el factor personal está relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess san Román – Juliaca 2017, información de la enfermedad, duración del tratamiento, fases del tratamiento, molestias, cumplimiento.

2.- Arrossi, Herrero, Greco, Ramos 2012.- como se observa a través de los resultados en tabla número 5 y figura número 5 de la variable abandono del tratamiento está relacionado positivamente con la variable factor de riesgo que el 35,14 % presenta nivel alto de abandono del tratamiento, un 49,95 % nivel medio, 18,92 por ciento nivel bajo.

Como se muestra en la tabla 11 el riesgo institucional está relacionado positivamente con la variable abandono del tratamiento, según correlación de spearman de 0,533 representando este resultado como moderado con una significancia estadística de $p = 0,001$ siendo menor que el 0,05 por lo tanto, Acepta la hipótesis específica 3 y se rechaza hipótesis nula. Evidenciándose una similitud en el estudio presentado por Arrossi, Herrero, Greco, Ramos 2012 acerca de

“Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura”. Objetivo: Identificar cuáles han sido los factores predominantemente analizados y determinar cuáles han presentado una mayor asociación con la no-adherencia al tratamiento anti-tuberculoso. Metodología: El proceso de revisión de evidencias se realizó por medio de una búsqueda de estudios publicados entre 1997 y 2007 que analizaron factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculoso, a través de las bases de datos PubMed - MEDLINE y LILACS. Se complementó con una revisión manual publicaciones seleccionadas. Se incluyeron estudios cuantitativos con análisis multifactorial. Se excluyeron revisiones, estudios cualitativos, e investigaciones realizadas únicamente en población pediátrica, carcelaria y en grupos de refugiados, las referidas a tuberculosis latente, a tratamientos antituberculosos preventivos y a tuberculosis multiresistente exclusivamente. Donde se observa que los factores institucionales, sociodemográfico, psicosocial están relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en Redess san Román Juliaca 2017 siendo trato del personal, ubicación del establecimiento, transporte utilizado, visita domiciliaria.

Resultados: Quedaron incluidos 43 estudios de países de ingresos altos, medios y bajos. Los resultados indican que la tendencia a abandonar el tratamiento se incrementa fuertemente conforme aumenta la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social, como en el caso de quienes están desempleados o tienen empleos muy precarios, los analfabetos, las personas que viven en situación de calle o en

residencias temporarias, los pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas ilegales (sobre todo por vía endovenosa). Como resultado de esta revisión es posible trazar un perfil de la no-adherencia, marcado por la desigualdad socio-económica, la vulnerabilidad psicoactiva, la exclusión social y la inequidad en el acceso a la atención de la salud. Conclusiones: La adherencia al tratamiento es un proceso complejo y dinámico, en el que intervienen múltiples factores que indican que se trata de un proceso multidimensional. Estos resultados refuerzan la necesidad de desarrollar políticas de protección social al paciente, con el objetivo de reducir las condiciones de vulnerabilidad social y económica a las que están expuestas. Finalmente, es necesario evaluar qué obstáculos inherentes a la organización del sistema de salud actúan como barreras para la adherencia al tratamiento.

Herrero 2012 Determinantes sociales de la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis en Buenos Aires, Argentina .-

Realizo un estudio según conocimiento, esta es la primera vez que en argentina se realizan los determinantes sociales que influyen en la no adherencia al tratamiento de la TBC, considerando tanto los efectos de las características individuales, como también aquellos relacionados con las características del área donde viven los pacientes. El principal hallazgo de este estudio es que existe una influencia de factores sobre la no adherencia al tratamiento de la TBC, no solo a nivel individual sino también a nivel de área.

Los resultados de este estudio muestran que los hombres estaban en mayor riesgo de no adherencia al tratamiento que las mujeres. Varios

estudios han analizado la relación entre género, y falta de adherencia atribuyéndola, en general, el rol de varón como sostén económico del hogar, probablemente en virtud de las mayores dificultades que enfrentan los hombres que trabajan al dejar su empleo para asistir al centro de salud. En el presente estudio, el hecho de que la mayoría de los pacientes jefes del hogar eran varones 72por % podría reforzar esta hipótesis. Sin embargo, algunos estudios han encontrado que otros factores explican la asociación el varón y la asociación y la interrupción del tratamiento relacionados con los hábitos de vida, como el abuso del alcohol, tabaquismo, y consumo de droga.

Como se puede observar en abandono del tratamiento, factor institucional, transporte utilizado a través de los resultados en la tabla número 4 y figura número 4 el 28.38 % presenta un nivel alto factores de riesgo en su dimensión institucional 58,11% en un nivel medio, y 13,51 % nivel bajo, en la tabla 11 el riesgo institucional está relacionado positivamente con la variable abandono del tratamiento según la correlación de spearman de 0,533 como moderado con una significancia estadística de $P=0,001$ siendo menor que el 0,05 % se acepta la hipótesis específica 3 y se rechaza la hipótesis nula, que es acceso a los establecimientos de salud está relacionado positivamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en Redess son Román – Juliaca 2017 trato del personal, ubicación del establecimiento, transporte utilizado en el estudio realizado por **Herrero 2012** acerca de **Determinantes sociales de la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis en Buenos Aires, Argentina**

relacionado positivamente con la variable abandono del tratamiento según la correlación de como moderado , están relacionados en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess de san Román Juliaca año 2017.

Otro factor asociado a la adherencia al tratamiento en nuestra investigación ha sido no contar con sistema de provisión de agua dentro de la vivienda, situación considerada en nuestro país como un indicador de pobreza estructural. La asociación entre la situación pobreza y la no adherencia al tratamiento de la TBC ha sido analizada en una variedad de investigaciones llevadas al estudio.

3.- Muñoz y Rubiano 2012 se destaca la importancia de tomar en cuenta la prueba de correlación según en la tabla 11 riesgo institucional está relacionado positivamente con la variable abandono del tratamiento según spearman de 0,0533 representando este resultado como moderado con una significancia estadística de $p = 0,001$ siendo menor que el 0,05 por lo tanto se acepta la hipótesis específica 3 y se rechaza la hipótesis nula. Evidenciándose una similitud en el estudio presentado por Suarez 2012 Realizaron un estudio sobre “tratamiento antituberculoso pulmonar: voces de los implicados” Colombia 2012. El objetivo fue analizar, a través de la literatura científica, los significados acerca de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis de los implicados en esta problemática, portadores y profesionales involucrados en el control de la enfermedad el método que se utilizó fue cualitativo de corte trasversal. Entre las conclusiones del estudio tenemos: “La tuberculosis y la adhesión al tratamiento implican visualizar

este problema de salud más allá de lo biológico e individual; y como un complejo que implicaría de un cambio en la atención desde la perspectiva del modelo biomédico hegemónico. Esto, pensando en otro que, por un lado, permitiera una actuación menos burocratizada del sistema sanitario; y por otro la inclusión de la mirada y participación de los portadores, sus familias y comunidades como actores activos.” Donde se observa que el factor personal, factor institucional están relacionados en el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en la Redess san Román – Juliaca 2017. Con una dispersión entre el riesgo institucional y el abandono del tratamiento lo cual significa que a medida que las puntuaciones en una variable se incrementan, estas van acompañadas de incrementos de la otra variable.

4.-Suárez (2012). Como se puede observar a través de los resultados de la tabla 2 y grafio 2 que el 37. 84% presentan nivel alto, factor de riesgo en su dimensión sociodemográfica un 44,59% nivel medio y un 17,57% de nivel bajo, en la tabla 9 el riesgo sociodemográfico está relacionado positivamente con la variable abandono del tratamiento, según la correlación de spearman de 0,476 como moderado, y una significancia estadística de $p = 0,001$ siendo menor que el 0,05. Por lo tanto se acepta hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula evidenciándose una similitud en el estudio presentado por Suarez 2012 El estudio de investigación: “abandono al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud. 2014”, y factor sociodemográfico tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento de

pacientes con tuberculosis, en el Centro de Salud Max Arias Schneider. De enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. Población constituida por 70 pacientes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber. Para realizar la investigación se aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis. Los resultados del estudio fueron: 23(46%) de la población presenta un nivel medio de adherencia y 27(54%) presenta un nivel medianamente favorable de participación de la familia. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: 1. El nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber está en un nivel “medio” lo que indica que el paciente está cumpliendo con el tratamiento farmacológico, indicaciones médicas, exámenes y pruebas de control de forma parcial, sin embargo a esto se suma el hecho que la educación, la familia, nivel socioeconómico y las percepciones del paciente van a influenciar en la adherencia al tratamiento ya sea de forma positiva favoreciendo la adherencia o negativa originando falta de adherencia. 2. El nivel de participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis es “medianamente favorable”, lo cual indica que cuentan con una parcial participación de la familia y que de esta manera podrán hacer frente a la necesidad de cuidado y afrontar la crisis de la enfermedad, esto podría mejorar si se incorpora a la familia como el agente de autocuidado. Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de

participación de la familia, al existir una correlación estadística entre las variables, se acepta la hipótesis alternativa que dice: “Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la participación de la familia y sociodemográfico de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Max Arias Schreiber”. Donde se observa que el factor sociodemográfico y psicosocial está relacionado con el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes con tuberculosis pulmonar en Redess san Román - Juliaca 2017 son edad, sexo, nivel educativo, estado civil, cumplimiento al tratamiento, apoyo familia, comportamiento de riesgo.

5.- Evelyn Dalens 2012

Como se puede observar a través de los resultados en la tabla número 1 y grafico número 1 de la variable factor de riesgo está relacionado positivamente con la variable abandono del tratamiento, según la correlación de spearman con una significancia 25 % presenta un nivel alto de factores de riesgo, un 50% un nivel medio y 24 %un nivel bajo y 0,569 representando este resultado como moderado con una significancia estadística de $p = 0,001$ siendo menor que 0,05 por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza hipótesis nula. Evidenciándose una similitud en el estudio presentado por Dalens 2012 acerca de los factores que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis Redess de Salud de Lima Norte y Rímac san Martin los Olivos objetivo. Identificar los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I, en la Red de

salud lima norte y Rímac san Martín los Olivos. Donde se observan que los factores sociodemográficos, psicosocial, e institucional están relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en la Red San Román – Juliaca año 2017 son edad, sexo, estado civil, tipo de vivienda, nivel educativo, migración.

3.- Tacuri (2012). El control de la TBC depende en gran parte del éxito del tratamiento, en este estudio realizado se ha identificado abandono del tratamiento en su dimensión institucional como se puede observar en los resultados de la tabla 7 y gráfico 7 la variable abandono del tratamiento está relacionado positivamente con la variable factor de riesgo y su dimensión factor institucional que el 20,27% presenta nivel alto de abandono del tratamiento en su dimensión institucional, un 51,35% nivel medio, un 28,38% nivel bajo como se muestra en la tabla 11 el riesgo institucional está relacionado positivamente con la variable abandono del tratamiento, según la correlación de Spearman de 0,533 como moderado, con una significancia estadística de $p = 0,001$ siendo menor que el 0,05 por lo tanto se acepta la hipótesis específica 3 y se rechaza la hipótesis nula. Evidenciándose con una similitud en el estudio presentado por Tacuri 2012. “el nivel de conocimientos e institucional sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera. El Agustino – 2009”. Tuvo como objetivo Determinar la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis. Se utilizó el método Descriptivo Correlacional, de corte Transversal. La muestra estuvo constituida por 38 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, registrados en

la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Primavera Establecimiento de Salud del Primer nivel de Atención, ubicado en el distrito del Agustino de Lima Metropolitana. Las técnicas que se utilizaron fueron la Entrevista y el Análisis Documental, y los instrumentos fueron la Encuesta y Ficha de Registro respectivamente. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: 1. La mayoría de los pacientes con Tuberculosis tienen un nivel medio de conocimientos sobre el tratamiento de esta enfermedad, coincidentemente el nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico, así como el conocimiento de las indicaciones de seguimiento se ubica en la mayoría de los pacientes en el nivel medio. 2. La mayoría de los pacientes no mostraron adherencia al tratamiento de la tuberculosis en general, condición similar aconteció respecto a las indicaciones de seguimiento y al tratamiento farmacológico propiamente dicho. Existe y nivel de conocimientos de los pacientes con tuberculosis es decir que la no está presente en los pacientes que tienen nivel de conocimiento medio a bajo y quienes son adherentes al tratamiento tienen un nivel alto de conocimientos resultado obtenido mediante la prueba estadística del Ji cuadrado con un nivel de significancia del 95% de confianza y un grado de libertad. Donde se observa el factor institucional está relacionado con el variable abandono del tratamiento con el variable factor de riesgo en su dimensión factor institucional en pacientes con tuberculosis pulmonar en Redess san Román – Juliaca 2017. Son acceso al establecimiento de salud, horario establecido, comportamiento de riesgo.

CONCLUSIONES

- Primera.-** El factor de riesgo está relacionado significativamente con la variable abandono del tratamiento, según la correlación de Spearman de 0.569 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ menor del 0.05 establecido.
- Segunda.-** El riesgo sociodemográfico está relacionada significativamente con la variable abandono del tratamiento, según la correlación de Spearman de 0.476 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ menor del 0.05 establecido.
- Tercera.-** El riesgo psicosocial está relacionada significativamente con la variable abandono del tratamiento, según la correlación de Spearman de 0.499 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ menor del 0.05 establecido.
- Cuarta.-** El riesgo institucional está relacionada significativamente con la variable abandono del tratamiento, según la correlación de Spearman de 0.533 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ menor del 0.05 establecido.

RECOMENDACIONES

- Primera.-** Promover la prevención y promoción de la salud en pacientes con tuberculosis pulmonar, proponiendo medidas de intervención para evitar el riesgo de abandono del tratamiento. Así para que el paciente se pueda integrar y comprender mejor su situación de su enfermedad.
- Segunda.-** Desarrollar un programa de educación continua para los pacientes con Tuberculosis pulmonar haciendo énfasis en las actividades de apoyo a los pacientes de sexo masculino, el nivel educativo, tipo de vivienda en donde se encontraron en Esta investigación con mayor incidencia el abandono de su tratamiento, teniendo en cuenta esta problemática es necesario el vínculo permanente entre el paciente – personal de salud con la intención de reducir e erradicar el riesgo de abandono en vista de que de que el control de TB
Depende en gran parte del éxito del tratamiento.
- Tercera.-** El profesional responsable del tratamiento de la tuberculosis pulmonar debe brindar información personalizada al paciente y familia brindando una estrategia de salud que no permita por ninguna circunstancia el abandono de estos pacientes, dirigiendo la participación de la familia en la recuperación del paciente así para que cumpla un tratamiento oportuno sin ninguna dificultad mediante la educación individualizada y grupal, considerando que

la tuberculosis es una enfermedad infecciosa y altamente contagiosa.

Cuarta.- Mayor apertura de los programas de TBC para los pacientes con tuberculosis pulmonar, así evitando las dificultades para la movilización al centro de salud y tener un horario adecuado para evitar el riesgo de abandono. Brindando información de medidas preventivas completa y detallada sobre la enfermedad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arrossi, S., Herrero, M. B., Greco, A., Ramos, S. (2011). *Factores asociados al abandono al tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura*. Resumen Ejecutivo 2011. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/RE/2011/9560.pdf>
2. Bonilla, A. C. Situación de la Tuberculosis en el Perú. [Acta Médica Peruana] 2008 [consultado en Febrero del 2010] .Vol. 25 (3). Disponible en: <http://www.Scielo.org.pe/SciELO.php>
3. Cáceres, FM; Orozco, LC. (2007). Incidencia y Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Biomédica instituto de salud, Colombia [Internet] 2007 [consulta en marzo 2010] 27; 498-504. Disponible en: <http://redalyc.vaemex.mx/pdf/843/843227405.pdf>
4. Culqui, D, Grijalva, C, Reátegui, SR, Cajo, JM, Suarez, L. (2005). Factores Pronósticos del Abandono del Tratamiento Antituberculoso en una Región Endémica del Perú. [Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am] 2005 Octubre.[consulta en Febrero del 2010]. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v.18n1/27083.pdf>
5. Dalens, E. I. (2012). *Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos*. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Escuela de Enfermería Luis Tezza. URP. Lima, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/310/1/Dalens_ei.pdf

6. Diario de Neumología [Internet]. Noviembre-diciembre 2000 [consulta en enero del 2010]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art.tex
7. Dirección Regional de Salud de Puno. (2011). Plan Operativo Institucional 2013. Recuperado de: <http://hospitalregional-mnbpuno.gob.pe/images/POI%20HRMNB.pdf>
8. Gómez, S. A. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. *Asociación Colombiana de Psiquiatría*, 114-125.
9. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. (6ª Ed.) McGraw Hill.
10. Meza, Y., y Altuzar, M. (1999). Factores relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. [Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social] Enero-Abril 1999. [Consulta el setiembre del 2010] Vol. 7, n.1. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sitecollectiondocuments/99/199927-31.pdf>
11. Ministerio de Salud. (2005). El 3.8% de personas Abandonan el Tratamiento. [Internet]. Perú: 12 de Junio del 2005 [consulta en Marzo del 2010]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa.asp?np_codigo=2560&mes=6&
12. Ministerio de Salud. (2010). Normas Técnicas de Salud para el Control de la Tuberculosis Lima-Perú [Internet]. [Consultado en febrero 2010] Disponible en: http://ftp2.minsa.gob.pe/.tuberculosis/normaspublicaciones/NTS_TBC

13. MINSA. (Mayo de 2010). <http://bvs.minsa.gob.pe>. Obtenido de LIMA ESTE: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1483-1.pdf>
14. MINSA (2000b). *Tuberculosis en el Perú. Informe*. Lima. Perú.
15. MINSA (2006). *Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis*. ESN-PCT. DGSP.
16. Muñoz, A, y Rubiano, Y. (2011). *Adherencia al tratamiento antituberculoso: voces de los implicados*. Colombia .
17. Muyinck, D. (2001). *La dinámica de la Tuberculosis y su adherencia*. Rev. Med. Colombia.
18. OMS (1998). *Promoción sanitaria y acción comunal en pro de la salud en países en vías de desarrollo*. Ginebra.
19. OPS (1999). *Condiciones de salud en las Américas*. Washington D.E.
20. OMS. (2002). Control global de la tuberculosis WHO Report 2002 [Consultado en enero del 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/tb/publications/global-report2007/full/pdf>
21. OMS. (2010). Control Mundial de la Tuberculosis: Informe OMS 2009[consultado Enero del 2010]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/html
22. O P S. (1998). El Control de la Tuberculosis en las Américas. [Internet] Boletín Epidemiológico. [Consulta en Marzo del 2010] Vol. 19(2). Disponible en: www.paho.org/spanish/sha/epibul_95-98/bs982tub.htm
23. OPS. (2010). Plan de acción para el control de la tuberculosis en América Latina. Programa de Enfermedades Transmisibles.

División de Prevención y Control de Enfermedades
Transmisibles. Washington D.C.

24. Orozco et al. (1999). *Factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso*. Rev. Médicas. Colombia.
25. Pineda, Alvarado (2000). *Metodología de la investigación*. OPS. Washington.
26. Polanco, F. (2007). Tuberculosis [Monografía en línea] Monografías.com SA; 2007 [Consulta en Mayo 2010] Disponible en: <http://www.monografia.com/trabajos/tuberculosis.html>
27. Salazar, CL, Uribe, MP, Zuluaga, W, Ríos, F, Montes, F. (2004). Factores de riesgo para el abandono de tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín, Rev. Ces Medicina. Enero-Julio/2004.Vol 18 N°1.
28. Sosa, N; Pereira S; y Barreto, M. (2005). Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: Resultado de un estudio comparativo; Rev. Panam. Salud Pública 2005, 17(4): 271.
29. Suárez, C. Y. (2015). *Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud. 2014*. Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Medicina Humana. UNMSM. Lima, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4220/1/Su%C3%A1rez_pc.pdf
30. Tacuri, M. E. (2009). *Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera. El Agustino – 2009*. Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Medicina Humana. UNMSM. Lima, Perú.

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/519/1/Tacuri_tm.pdf

31. Tom. E. (2008). Altas tasas de Mortalidad de Perú que incumplen el tratamiento de la tuberculosis multidrogo resistente. [Internet] 12 de junio del 2008. [Consulta en Marzo del 2010]. Disponible en: www.aidsmap.com/page/1430605
32. Rodriguez A. E. (2014). Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. Cienc. Quím. Farm., 104-119.
33. Alvi, E. R. (2014). Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. Cienc. Quím. Farm., 104-119.
34. CDC. (01 de junio de 2016). Factores de riesgo de la tuberculosis. Obtenido de <https://www.cdc.gov>: <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/risk.htm>
35. MINSA. (Mayo de 2010). <http://bvs.minsa.gob.pe>. Obtenido de LIMA ESTE: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1483-1.pdf>
36. MINSA. (2010). NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS. En M. d. Salud. Lima: MINSA. Obtenido de <http://ftp2.minsa.gob.pe/.tuberculosisnormaspublicaciones/NTStbc>
37. OMS. (2003). <http://www.who.int/>. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
38. OMS. (2011). Factores de riesgo de la infección por Mycobacterium tuberculosis en niños de Groenlandia. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 771 - 776.

39. OMS. (2017). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/> Obtenido de

ANEXOS

Anexo 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título del Proyecto: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR. REDESS SAN ROMÁN – AÑO 2017

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables / Dimensiones	Método	Instrumento
<p>Problema general</p> <p>¿En qué medida el factor de riesgo que se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>1: ¿En qué medida el factor DE RIESGO sociodemográfico se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017?</p> <p>2: ¿En qué medida el factor DE RIESGO psicosocial se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017?</p> <p>3: ¿En qué medida el factor DE RIESGO institucional se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar en qué medida el factor de riesgo que se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1: Determinar en que medida el factor de Riesgo sociodemográfico se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017.</p> <p>2: Establecer en qué medida el factor de Riesgo psicosocial se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017.</p> <p>3: Precisar en qué medida el factor de Riesgo institucional se encuentra relacionado con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>H₀: el factor de riesgo se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017.</p> <p>Hipótesis específica</p> <p>H₁: el factor DE RIESGO sociodemográfico se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017.</p> <p>H₂: el factor DE RIESGO psicosocial se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017.</p> <p>H₃: el factor DE RIESGO institucional se encuentra relacionado significativamente con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Redess San Román - Juliaca, año 2017.</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Socio-demográficos Psicosociales Institucionales <p>Variable dependiente:</p> <p>Abandono del tratamiento</p> <p>Dimensiones</p> <p>Factores personales</p> <p>Factores institucionales</p>	<p>Método: Descriptivo.</p> <p>Diseño: correlacional.</p> <p>Tipo: Cuantitativa</p> <p>Nivel: Descriptivo.</p> <p>Población: Está constituida por todos los pacientes con tratamiento de tuberculosis pulmonar que asisten a primera y segunda fase en la Red de Salud San Román - Juliaca</p> <p>N= 74</p> <p>Muestra: la muestra estuvo conformada por toda la población n = 74</p>	<p>Técnica. La encuesta</p> <p>Instrumentos Se utilizó el cuestionario elaborado y validado por la licenciada Evelyn Dalens (2012).</p>

ANEXO 02

INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS ATENDIDOS EN LA REDESS SAN ROMÁN – JULIACA

Buen día, mi nombre es Irma Mamani Mamani. La razón de mi visita se debe a que estoy realizando un estudio sobre las causas de abandono de tratamiento en los pacientes con tuberculosis en personas mayores de 18 años, residentes en el distrito de Juliaca. Su colaboración será de mucho valor. La encuesta es anónima.

FACTORES DE RIESGO

Socio Demográfico

1. En cuanto al género
 - a) Femenino
 - b) Masculino
2. ¿Qué edad tiene?_(escribir años cumplidos)
3. Años escolarizados que tiene:____(escribir hasta que año estudió)
4. Estado Civil
 - a) Soltero
 - b) Casado
 - c) Conviviente
 - d) Separado e) Viudo
5. ¿De qué región proviene?
 - a) Costa
 - b) Sierra
 - c) Selva
 - d) Urbana
 - e) Rural
6. Tiempo de residencian en Juliaca
 - a) Menor de 1 año
 - b) mayor de 1año
 - c) siempre
7. Tipo de vivienda
 - a) propia
 - b) alquilada
 - c) cuidante
 - d) Otro

8.- ¿Qué rol cumple Ud. en su familia?

- a) Padre
- b) b) Hijo
- c) c) Abuelo
- d) d) Tío c) Otros

9.- ¿Quiénes en su entorno le ofrece fuerza emocional para que continúe con el Tratamiento?

- a) Familia
- b) Parientes lejanos
- c) Vecinos d) Centro de Salud
- e) Centro de Rehabilitación u otro f) ninguno

10.- ¿Cuenta con agua y desagüe en su casa?

- a) Servicio común
- b) Servicio propio
- c) No

Factores Psicosociales

11.- Incumplimiento del tratamiento abandono

- a) Frecuente mente
- b) a veces fiestas
- c) cumple con el tratamiento oportunamente

12. Falta de apoyo familiar

- a) Negativa de la familia del paciente
- b) indiferencia de la familia
- c) apoyo de la familia del paciente

13.- Tipo de familia

- a) Nuclear (padres e hijos)
- b) monoparental (cualquier padre hijo e hija)
- c) extendida (padres, hijos, sobrinos o tíos)

14.- ¿usted cumplirá con su tratamiento que se requiere en el tiempo programado?

- a) SI
- b) NO

15.- ¿usted padece de alguna otra enfermedad?

- a) Si
- b) No

16.- cual es el avance de su tratamiento

- a) Inicio del tratamiento
- b) término de su tratamiento
- c) fracaso de su tratamiento
- d) reinicio de su tratamiento

Factores Institucionales

17. El establecimiento de salud se encuentra.

- a) Mas o menos a ½ hora de viaje en vehículo
- b) Más o menos a 2hrs. De viaje a lomo de bestia
- c) Más o menos 4 hrs. De viaje a pie.

18.- En cuanto al horario de trabajo Ud. Considera que:

- a) no se adecua a su horario
- b) es adecuado a su horario
- c) es flexible

ABANDONO AL TRATAMIENTO

Factores Personales

19.- ¿Cuánto sabe Ud. de la enfermedad de tuberculosis?

- a) Poco
- b) Nada
- c) Mucho
- d) Más o menos

20.- ¿Fue informado por el personal de salud en cuanto a su enfermedad?

- a) Si b) No

21.- ¿Sabe cuánto es la duración de su tratamiento?

- a) Si b) No

22.- ¿sabe cuánto fases de duración tiene su tratamiento?

- a) Si b) no

23.- ¿Sabe si las pastillas que tomaba estaba de acuerdo a su peso

- a.- Si b) No

24.- Sabe cuántas pastillas debe de tomar al día?

- a) Si b) No c) No se

25.- ¿Qué tipo de molestias ha sentido en el transcurso de su tratamiento?

- a) Nauseas, vómitos, ardor al estómago, diarreas
- b) Sarpullidos en el cuerpo, picazón en piel, heridas de piel
- c) Dolores musculares, dolor de huesos, desorientación
- d) Otros
- e) Más de uno

26.- ¿Ud. dejó de tomar el tratamiento por estas molestias?

- a) Si b) No

27.- ¿Cómo considera la cantidad de medicamentos que recibe?

- a) Poco
- b) Mucho
- c) Excesivo

Factores Institucionales

28.- ¿Cómo le trata el personal de salud?

- a) Me Tratan bien
- b) No me tratan bien
- c) Son indiferentes
- d) No me tienen paciencia

- 29.- ¿Qué tipo de transporte utiliza para llegar al establecimiento de salud?
- a) Moto taxi
 - b) b) Micro
 - c) c) Combi
 - d) d) a pie
- 30.- ¿Ha recibido visitas domiciliarias del personal de salud? ¿Cuántas veces?
- a) Una sola vez
 - b) Dos veces
 - c) Tres veces
 - d) Cuatro veces y más
 - e) Nunca
- 31.- ¿Por qué recibió la visita domiciliaria?
- a) Verificar el domicilio
 - b) Falta al tratamiento
 - c) Para evaluar las personas que viven conmigo (Contactos)
- 32.- ¿Quién realizó la visita domiciliaria?
- a) La enfermera
 - b) La técnica de enfermería
 - c) La promotora d) El médico
 - d) Todo el equipo de salud

No es flexible al horario del paciente

ANEXO 4
BASE DE DATOS DE LAS VARIABLES

N ^a	item01	item02	item03	item04	item05	item06	item07	item08	item09	item10	item11	item12	item13	item14	item15	item16	item17	item18	item19	item20	item21	item22	item23	item24	item25	item26	item27	item28	item29	item30	item31
1	1	1	1	1	2	3	2	2	3	6	3	2	2	3	2	1	1	1	1	2	3	2	2	3	6	3	2	2	3	2	2
2	2	2	2	1	1	2	4	2	2	1	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	2	4	2	2	1	2	3	3	3	2	2
3	1	1	2	1	2	2	2	1	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	3	1	2	2	2	2	2	1
4	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2
5	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2
6	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
7	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	1	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	1	3
8	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	1	2
9	2	1	2	2	2	2	1	2	3	6	2	2	2	3	1	2	1	2	2	2	2	1	2	3	6	2	2	2	3	1	2
10	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
11	2	2	2	4	3	1	3	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	1	3	2	3	4	2	2	2	2	2	2
12	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	3
13	2	3	1	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	1	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2
14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	6	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	6	2	3	2	1	2	2
15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
16	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2
17	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
18	2	3	2	5	3	3	2	2	4	6	1	2	3	2	2	2	3	2	5	3	3	2	2	4	6	1	2	3	2	2	2
19	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
20	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2
21	1	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1

N ^a	item01	item02	item03	item04	item05	item06	item07	item08	item09	item10	item11	item12	item13	item14	item15	item16	item17	item18	item19	item20	item21	item22	item23	item24	item25	item26	item27	item28	item29	item30	item31
22	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
23	1	1	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2	1	3	1	1	1	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2	1	3	1	2
24	2	2	2	4	1	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	4	1	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2
25	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3
26	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2
27	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3
28	2	2	2	2	3	2	1	2	2	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	6	2	2	2	2	2	2
29	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2
30	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	1	1	2	2	1	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	1	1	2	2	1	2
31	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2
32	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1	2
33	2	3	2	2	3	2	2	1	4	2	2	2	3	2	1	2	3	2	2	3	2	2	1	4	2	2	2	3	2	1	1
34	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2
35	2	2	2	2	2	1	3	2	4	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	4	2	2	2	3	2	2	2
36	1	2	2	1	2	2	2	2	3	6	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	3	6	2	2	2	2	2	2
37	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	3
38	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2
39	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2
40	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
41	2	3	2	3	2	2	4	2	2	6	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	4	2	2	6	2	2	2	2	2	2
42	2	2	2	2	1	3	3	3	2	6	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	3	3	3	2	6	3	2	2	2	1	3
43	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2
44	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2

N ^a	item01	item02	item03	item04	item05	item06	item07	item08	item09	item10	item11	item12	item13	item14	item15	item16	item17	item18	item19	item20	item21	item22	item23	item24	item25	item26	item27	item28	item29	item30	item31
45	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
46	2	3	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
47	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	3	2	2
48	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1
49	1	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	1	2
50	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2
51	2	1	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2
52	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	1	3
53	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
54	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2
55	2	2	3	4	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2
56	2	3	2	2	3	2	2	2	4	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	4	2	2	3	2	3	2	2
57	1	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	3
58	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2
59	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2
60	2	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
61	1	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2
62	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1
63	2	2	1	4	2	2	2	2	2	4	2	3	3	3	1	2	2	1	4	2	2	2	2	2	4	2	3	3	3	1	2
64	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	1	2
65	1	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2
66	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1
67	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2

N ^a	item01	item02	item03	item04	item05	item06	item07	item08	item09	item10	item11	item12	item13	item14	item15	item16	item17	item18	item19	item20	item21	item22	item23	item24	item25	item26	item27	item28	item29	item30	item31
68	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	1	3	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	1	3	2	2
69	1	2	2	2	3	3	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2
70	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3
71	1	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2
72	2	1	2	1	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	3
73	2	2	1	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2
74	2	2	2	2	2	1	2	2	3	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	4	1	2	2	2	2	2

ANEXO 5

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	74	100,0
Excluido ^a	0	,0
Total	74	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,838	31

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	31,9083	32,677	,558	,816
ITEM02	32,1743	32,571	,531	,819
ITEM03	32,1927	36,009	,430	,827
ITEM04	32,1651	34,028	,535	,819
ITEM05	32,0367	34,350	,453	,825
ITEM06	32,4679	33,196	,563	,816
ITEM07	31,7339	33,104	,517	,820
ITEM08	32,0917	35,880	,286	,837
ITEM09	32,1193	32,662	,603	,813
ITEM10	32,0275	32,083	,593	,813
ITEM11	32,1927	34,731	,344	,834
ITEM12	32,1927	32,713	,533	,818
ITEM13	32,4679	33,196	,563	,816
ITEM14	31,7339	33,104	,517	,820
ITEM15	31,9083	32,677	,558	,816
ITEM16	32,1743	32,571	,531	,819
ITEM17	32,1927	36,009	,430	,827
ITEM18	32,1651	34,028	,535	,819
ITEM19	32,0367	34,350	,453	,825
ITEM20	32,4679	33,196	,563	,816
ITEM21	31,7339	33,104	,517	,820
ITEM22	32,0917	35,880	,286	,837
ITEM23	32,1193	32,662	,603	,813
ITEM24	32,0275	32,083	,593	,813
ITEM25	32,1927	34,731	,344	,834
ITEM26	32,1927	32,713	,533	,818
ITEM27	32,4679	33,196	,563	,816
ITEM28	31,7339	33,104	,517	,820
ITEM29	31,9083	32,677	,558	,816
ITEM30	32,1743	32,571	,531	,819
ITEM31	32,1927	36,009	,430	,827